

Fecha de comienzo: 1 de enero de 2018

Divulgación de información importante

sobre los planes individuales y familiares de
Blue Shield

blue  of california

Este formulario de divulgación es solo un resumen de lo que cubren y no cubren los planes individuales y familiares (IFP, por sus siglas en inglés) de Blue Shield of California y Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).

Además, incluye otra información general útil, como la que sigue:

Con quién comunicarse en caso de tener preguntas.

Qué proveedores están disponibles para usted.

Qué deben pagar los miembros.

Cuándo puede terminar o cambiar la cobertura.

Cómo presentar un reclamo.

La Evidencia de cobertura y acuerdo de servicios de salud (EOC, por sus siglas en inglés) o la Póliza para individuos y familias (“Póliza”) divulgan los términos y las condiciones de la cobertura, y se deben consultar para determinar las disposiciones de contrato actuales. Tiene derecho a revisar este documento antes de la inscripción; para pedir una copia, llámenos al (888) 256-3650.

Servicios de salud relativos a la reproducción

Algunos hospitales y otros proveedores no brindan uno o más de los siguientes servicios, que pueden estar cubiertos en el contrato del plan que usted o algún miembro de su familia podrían necesitar: planificación familiar; servicios de anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia; esterilización, incluida la ligadura de trompas inmediatamente después del parto; tratamientos por esterilidad; o aborto. Le recomendamos obtener más información antes de inscribirse.

Comuníquese con su futuro médico, grupo médico, asociación de práctica independiente o clínica; o bien llame al Servicio para Clientes de Blue Shield al (888) 256-3650 si adquirió su cobertura directamente de Blue Shield o al (855) 836-

9705 si adquirió su cobertura a través de Covered California. Blue Shield se compromete a garantizar que usted pueda obtener los servicios de atención de la salud que necesita.

Lea cuidadosamente este formulario de divulgación y la EOC/Póliza en su totalidad. Las personas que tengan necesidades especiales deben leer cuidadosamente las disposiciones que les correspondan.

ÍNDICE

Inscripción y renovación	1
Qué deben pagar los miembros.....	1
Terminación de los beneficios.....	2
Información adicional sobre la cobertura	3
Beneficios y coberturas principales.....	6
Información específica sobre los planes Trio HMO de Blue Shield.....	6
Planes PPO de Blue Shield	14
Exclusiones y limitaciones generales de los beneficios	15
Planes dentales de Blue Shield	25
Planes de la vista de Blue Shield	32
Proceso de reclamos.....	33
Confidencialidad y privacidad.....	34

Inscripción y renovación

Cobertura adquirida a través de Covered California

Covered California, que es el mercado de beneficios de salud de California ("Mercado"), determinará quiénes son elegibles para tener acceso a la cobertura. Una persona que sea elegible puede inscribirse en cualquier plan IFP de Blue Shield que se venda actualmente en el Mercado durante un período de inscripción abierta o de inscripción especial. Si tiene alguna pregunta relacionada con la inscripción en la cobertura (incluidos los subsidios y la elegibilidad) que corresponda a un plan de beneficios adquirido a través del Mercado, debe llamar a Covered California al **(800) 300-1506**.

Cobertura adquirida directamente de Blue Shield

Una persona y sus dependientes pueden inscribirse en cualquier plan IFP de Blue Shield que se venda actualmente fuera del Mercado durante un período de inscripción abierta o de inscripción especial. Cuando la cobertura se adquiere directamente de Blue Shield, Blue Shield determina quiénes son elegibles para tener acceso a la cobertura y para seguir contando con ella. Si tiene alguna pregunta relacionada con la inscripción en la cobertura que corresponda a un plan de beneficios adquirido directamente de Blue Shield, debe llamar a Blue Shield al **(888) 256-3650**.

Inscripción de nuevos dependientes

Los niños recién nacidos y los niños acogidos en adopción recibirán automáticamente la cobertura de su plan durante un período de 31 días, que empezará a partir del nacimiento o de la fecha en que usted o su cónyuge/pareja conviviente adquieran el derecho a hacerse cargo de las decisiones relacionadas con la atención de la salud de los niños adoptados. Para seguir con la cobertura de los niños después de este período inicial de 31 días, deberá incorporarlos oficialmente a su plan en un plazo de 60 días.

Es posible incorporar a un nuevo cónyuge o pareja conviviente a su cobertura en el curso de los 60 días siguientes al matrimonio o al comienzo

del acuerdo de convivencia en pareja.

Para incorporar a un nuevo dependiente, llame al Servicio para Clientes de Blue Shield al **(888) 256-3650** si adquirió su cobertura directamente de Blue Shield o al **(855) 836-9705** si adquirió su cobertura a través de Covered California.

Disposiciones sobre la renovación

La cobertura de salud de Blue Shield es de "renovación garantizada", lo que significa que Blue Shield no puede cancelarla y que seguirá activa siempre y cuando sus primas se paguen con anticipación. Se exceptúan las condiciones enumeradas en la sección Terminación de los beneficios. Blue Shield avisará por escrito con 60 días de anticipación como mínimo antes de hacer cambios en la EOC/Póliza, la cantidad de las primas o la cobertura.

Ninguna persona tiene derecho a recibir los beneficios de ningún plan de salud de Blue Shield para los servicios brindados después de que se haya terminado la cobertura. Los beneficios de este plan solo estarán disponibles para los servicios que se brinden mientras el plan esté activo y la persona que reclama los beneficios se encuentre efectivamente cubierta por la EOC/Póliza. Es posible que los beneficios se cambien durante el período de la cobertura o en el momento de su renovación. En caso de que los beneficios se cambien, los cambios en los beneficios (incluida cualquier reducción o eliminación de beneficios) se aplicarán a los servicios brindados en la fecha de comienzo del cambio o después. No hay ningún derecho adquirido para recibir los beneficios de ningún plan de Blue Shield, según se indica en la EOC/Póliza.

Qué deben pagar los miembros

Pago anticipado de tarifas

Las tarifas mensuales de cada plan están detalladas en el folleto *Tarifas mensuales para individuos y familias*.

Otros cargos

Usted es responsable de pagar cualquier deducible o deducible médico y de farmacias integrado, copago o coseguro que corresponda,

hasta un cierto límite por año civil. El deducible, el copago, el coseguro y el gasto máximo de bolsillo del plan se indican en el Resumen de beneficios. Consulte la EOC/Póliza para obtener más detalles.

Deducible del plan

Si su plan tiene un deducible o un deducible médico y de farmacias integrado por año civil, usted pagará el 100% de los costos de los servicios que estén sujetos al deducible, hasta que alcance el deducible.

La cantidad total que pague (hasta la cantidad permitida para determinado servicio cubierto) contará para su deducible o su deducible médico y de farmacias integrado. Cuando usted alcance el deducible del plan o el deducible médico y de farmacias integrado del plan, Blue Shield pagará la cantidad permitida para los servicios cubiertos durante el resto del año civil, menos el copago o el coseguro que usted debe pagar por esos servicios cubiertos en virtud de su plan.

Algunos servicios cubiertos, como la atención preventiva, nunca están sujetos al deducible o al deducible médico y de farmacias integrado de un plan, de modo que Blue Shield paga los beneficios por estos servicios cubiertos de inmediato.

Gasto máximo de bolsillo por año civil

Para limitar la cantidad total que usted podría tener que pagar por determinados gastos médicos en un año civil, los planes médicos que ofrece Blue Shield incluyen un gasto máximo de bolsillo por año civil. Tenga en cuenta que los copagos o los coseguros para algunos servicios cubiertos no cuentan para el gasto máximo de bolsillo y siguen aplicándose después de que se haya alcanzado el gasto máximo de bolsillo.

Si usted alcanza el gasto máximo de bolsillo por año civil, Blue Shield pagará el 100% de la cantidad permitida por los servicios cubiertos que reciba durante el resto del año civil. Hay algunas excepciones, y siguen aplicándose todas las cantidades máximas de beneficios específicas.

Hay determinados beneficios de la cobertura de la vista infantil que exigen copagos y pagos por los cargos que superen las cantidades máximas de beneficios, y/o que pueden estar sujetos a pagos máximos por parte de Blue Shield.

Terminación de los beneficios

Cuando la cobertura se adquiere a través de Covered California

Covered California determinará quiénes son elegibles para tener acceso a la cobertura y para seguir contando con ella. Los avisos o las preguntas sobre la cancelación o la terminación de la cobertura se deben dirigir a Covered California al **(800) 300-1506**.

Cuando la cobertura se adquiere directamente de Blue Shield

Cuando la cobertura se adquiere directamente de Blue Shield, Blue Shield determina quiénes son elegibles para tener acceso a la cobertura y para seguir contando con ella. Los avisos o las preguntas sobre la cancelación o la terminación de la cobertura se deben dirigir a Blue Shield al **(888) 256-3650**.

Terminación por parte del miembro

Los miembros pueden terminar su cobertura con Blue Shield mediante un aviso por escrito con 30 días de anticipación.

Terminación por parte de Blue Shield

Blue Shield puede terminar o rescindir la cobertura del plan de acuerdo con las leyes correspondientes, según se establece en la EOC/Póliza. Podemos terminar la EOC/Póliza debido a la falta de pago de las primas. (Si usted se encuentra hospitalizado o está en tratamiento por una enfermedad actual y su plan se termina, ya no podrá recibir los beneficios del plan). Blue Shield tiene derecho a rescindir una EOC/Póliza si la información que contiene la solicitud, o que fue brindada de otra forma a Blue Shield por el miembro o cualquier persona autorizada a actuar en su nombre en relación con la solicitud, es intencional y considerablemente inexacta o está incompleta. Consulte la EOC/Póliza para obtener más información. Blue Shield puede terminar la EOC/Póliza de cualquier suscriptor, junto con todas las EOC/Pólizas afines al tipo de plan, mediante un aviso por escrito con 90 días de anticipación. Blue Shield puede terminar la

EOC/Póliza mediante un aviso por escrito con 30 días de anticipación en determinadas circunstancias, como las siguientes:

- El suscriptor se muda fuera del área de servicio o de California.
- La cobertura se ha acordado mediante una asociación de buena fe, y termina la membresía del suscriptor en la asociación.

Asimismo, en determinadas circunstancias, Blue Shield puede terminar la EOC/Póliza del suscriptor por un motivo justificado, y la cancelación se hará efectiva inmediatamente después de un aviso por escrito; esas circunstancias incluyen las siguientes:

- Fraude o engaño para obtener o intentar obtener beneficios de la EOC/Póliza.
- Aprobar intencionalmente un fraude o engaño por parte de otra persona; por ejemplo, aprobar el uso sin limitaciones de su tarjeta de identificación a otra persona o tratar de obtener beneficios de la EOC/Póliza de alguna otra forma.

Información adicional sobre la cobertura

No hay exclusiones por enfermedades preexistentes

Su cobertura de Blue Shield no contiene disposiciones sobre periodos de espera ni por enfermedades preexistentes.

Proceso de revisión del uso

Blue Shield informará a los miembros y a los proveedores del plan de salud sobre el proceso utilizado para autorizar o rechazar los servicios de atención de la salud conforme al plan. Blue Shield ha documentado su proceso de revisión del uso. Para obtener más información, consulte su EOC/Póliza; o bien, si desea pedir una copia del documento sobre este proceso, llame al Servicio para Clientes de Blue Shield al **(888) 256-3650** si adquirió su cobertura directamente de Blue Shield o al **(855) 836-9705** si adquirió su cobertura a través de Covered California.

Continuidad de la atención por parte de un proveedor despedido

Los miembros que (1) están recibiendo tratamiento por afecciones agudas, afecciones crónicas graves, embarazos (incluida la atención inmediata después del parto) o enfermedades terminales, (2) son niños de entre 0 y 36 meses de edad, o (3) han recibido autorización para someterse a una cirugía u otro procedimiento como parte de un tratamiento documentado que haga un proveedor que ya no participa en la red de proveedores de su plan de beneficios podrán pedir que se complete la atención de ese proveedor; para ello, deben llamar al Servicio para Clientes de Blue Shield al **(888) 256-3650** si adquirieron su cobertura directamente de Blue Shield o al **(855) 836-9705** si adquirieron su cobertura a través de Covered California.

Continuidad de la atención para nuevos miembros por parte de proveedores no contratantes

Los miembros con cobertura nueva que están siendo tratados por afecciones agudas, afecciones crónicas graves, embarazos (incluso la atención inmediata después del parto) o enfermedades terminales; o quienes son niños de una edad entre el nacimiento y los 36 meses; o quienes han recibido autorización de parte de un proveedor para someterse a una cirugía u otro procedimiento como parte de un curso de tratamiento documentado, pueden pedir que termine su atención, en ciertas circunstancias, con un proveedor no contratante que le estaba brindando servicios al miembro en el momento en que empezó la cobertura del miembro bajo este plan de salud. Comuníquese con el Servicio para Clientes para recibir información sobre los criterios de elegibilidad, además de la política y el procedimiento por escrito para pedir la continuidad de la atención por parte de un proveedor no contratante.

Responsabilidad económica del miembro para la continuidad de los servicios de atención

Para los miembros del plan que tengan derecho a recibir servicios de un proveedor despedido, conforme a la disposición de continuidad de la atención, la responsabilidad económica del miembro hacia ese proveedor por los servicios brindados de acuerdo con la disposición mencionada no podrá ser mayor que aquella por los servicios semejantes que brinde un proveedor

participante en la misma zona geográfica.

Proporción de los servicios de atención de la salud

Para los planes de salud individuales y familiares de Blue Shield en el año 2014, la proporción entre el valor de los servicios de salud brindados y la cantidad que Blue Shield y Blue Shield Life cobraron por las cuotas/primas fue del 75.6%, lo que significa que, por cada dólar de cuotas/primas cobrado, Blue Shield pagó \$0.76 por servicios de atención de la salud. Esta proporción se calculó después de haber aplicado los descuentos de los proveedores.

Pago a los proveedores

ÚNICAMENTE para los planes PPO: Los proveedores no reciben incentivos económicos ni bonificaciones de Blue Shield. Si desea obtener más información acerca de este sistema de pago, llame al Servicio para Clientes de Blue Shield al **(888) 256-3650** si adquirió su cobertura directamente de Blue Shield o al **(855) 836-9705** si adquirió su cobertura a través de Covered California.

ÚNICAMENTE para los planes HMO: Por lo general, Blue Shield tiene contrato con grupos de médicos para brindar servicios a los miembros. Se les paga una cantidad fija mensual a los grupos de médicos por cada miembro cuyo médico de atención primaria está en el grupo. Este sistema de pago, llamado capitación, incluye incentivos para los grupos de médicos, para que todos los servicios provistos a los miembros se administren de manera adecuada y en conformidad con el contrato.

Los miembros que deseen saber más sobre este sistema de pago pueden comunicarse con el Departamento del Servicio para Clientes de Blue Shield o hablar con el proveedor del plan.

Beneficios de salud mental, de salud conductual y por trastornos por el uso de sustancias adictivas

Blue Shield ha contratado un plan especializado de servicios de atención de la salud para que funcione como nuestro administrador de servicios de salud mental (MHSA, por sus siglas en inglés).

Excepto en el caso de servicios urgentes o de emergencia, los servicios de salud mental se brindan a nuestros miembros a través de la red de proveedores participantes del MHSA.

El MHSA debe autorizar previamente los servicios hospitalarios de salud mental, de salud conductual y por trastornos por el uso de sustancias adictivas para pacientes internados que no sean de emergencia y otros servicios de salud mental y de salud conductual.

Disposiciones de reembolso

Los proveedores participantes del MHSA aceptan el pago del MHSA más su pago de cualquier deducible o deducible médico y de farmacias integrado, y copago correspondientes o las cantidades que superen las cantidades máximas en dólares especificados para los beneficios como pago total por los servicios de salud mental cubiertos. Para encontrar un proveedor participante del MHSA, consulte el *Directorio de proveedores de salud conductual de Blue Shield of California* o llame gratis al **(877) 263-9952**.

Autorización previa de medicamentos seleccionados

Para las dosis y los medicamentos seleccionados, se requiere una autorización previa de Blue Shield según la necesidad médica, lo que incluye saber si el tratamiento es apropiado y la eficacia de alternativas más económicas. Su médico puede pedir una autorización previa del Departamento de Servicios de Farmacia de Blue Shield.

Atención dental infantil

Blue Shield tiene contrato con un administrador de planes dentales (DPA, por sus siglas en inglés). Todos los planes dentales infantiles serán administrados por el DPA. Los beneficios dentales infantiles están disponibles para los miembros hasta el último día del mes en el que cumplen 19 años. Los servicios dentales se brindan a nuestros miembros a través de la red de proveedores participantes del DPA. El DPA también actúa como administrador de reclamaciones para procesar las reclamaciones que se reciban de dentistas no participantes.

Todos los planes médicos individuales y familiares incluyen un beneficio dental infantil. Para coordinar los beneficios, el plan médico es el plan de beneficios dentales principal y el plan dental

Divulgación de información importante

infantil familiar es el plan de beneficios dentales secundario.

Si tiene preguntas sobre la información de atención dental incluida en este folleto, necesita ayuda o tiene algún problema, puede comunicarse con el Departamento del Servicio para Miembros del plan dental al siguiente número: **1-888-679-8928**.

CONSULTAS GENERALES Y SOBRE LA ELEGIBILIDAD:

En California 1-800-585-8111

Fuera de California 1-800-323-7201

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y/O RECLAMOS:

En California 1-800-585-8111

Fuera de California 1-800-323-7201

Antes de obtener servicios dentales

Usted es responsable de asegurarse de que el dentista que elija sea un dentista participante. Nota: La situación de un dentista participante puede cambiar. Su obligación es verificar que el dentista que elija siga siendo un dentista participante, en caso de que haya algún cambio en la lista de dentistas participantes. Para obtener una lista de los dentistas participantes disponibles en su área, puede llamar al DPA al 1-888-679-8928. También puede obtener acceso a la lista de dentistas participantes a través del sitio web de Blue Shield of California, en <http://www.blueshieldca.com>. Además, usted es responsable de procurar las precertificaciones del Programa de Beneficios Dentales, que establece que es necesario obtener las precertificaciones de beneficios o garantizar que el dentista las obtenga.

NOTA: El DPA contestará todas las solicitudes de precertificación y autorización previa en un plazo de 5 días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud. En el caso de los servicios urgentes, cuando el proceso habitual de toma de decisiones podría poner seriamente en peligro la vida o la salud de un miembro o cuando el miembro esté sufriendo un dolor intenso, el DPA contestará en un plazo de 72 horas después de haber recibido la solicitud.

Si no se cumple con estas responsabilidades, podrían negarse los beneficios. Sin embargo, si se respeta el proceso de precertificaciones, tanto

usted como el dentista sabrán con anticipación qué servicios están cubiertos y qué beneficios deben pagarse.

Servicios de atención dental de emergencia

Una emergencia dental es un problema dental imprevisto que se manifiesta mediante síntomas agudos (incluso dolor intenso) de gravedad tal que la falta de atención dental inmediata podría razonablemente ocasionar alguna de las siguientes situaciones: (1) poner en grave peligro la salud del miembro; (2) ocasionar trastornos graves de las funciones corporales; o (3) someter al miembro a un sufrimiento excesivo.

Si el miembro necesita un tratamiento de emergencia, primero debe llamar al DPA si es posible para describir la emergencia y recibir instrucciones de referencia. Si el DPA no tiene un dentista contratado en el área, o si el miembro no puede comunicarse con el DPA, el miembro debe comunicarse con un dentista de su elección. El tratamiento de emergencia se refiere solo a aquellos servicios dentales necesarios para aliviar el dolor y el sufrimiento. Se reembolsará directamente al miembro por este tratamiento hasta la cantidad máxima permitida según los beneficios del plan.

Atención de la vista infantil

Para obtener información acerca de los copagos del plan de la vista infantil, consulte el Resumen de beneficios, que se incluye como parte de este formulario de divulgación. También puede consultar la EOC, que recibirá después de su inscripción. Estos materiales ofrecen información más detallada sobre los beneficios y las coberturas incluidos en el plan de la vista infantil.

Los planes de la vista de Blue Shield son administrados por el administrador del plan de la vista (VPA, por sus siglas en inglés) contratado. El VPA contratado es un plan de servicios de atención de la vista autorizado por el Departamento de Atención de la Salud Administrada de California, que tiene un contrato con Blue Shield para administrar la entrega de productos para la vista y los exámenes de la vista cubiertos por este plan de la vista a través de una red de proveedores participantes del VPA. El VPA contratado también tiene contrato con Blue Shield para encargarse de la administración

y el procesamiento de las reclamaciones por servicios recibidos de proveedores no participantes del VPA.

Los beneficios de la vista infantiles están disponibles para los miembros hasta el último día del mes en el que cumplen 19 años. Los servicios de la vista son brindados a nuestros miembros a través de la red de proveedores participantes.

Un proveedor participante del VPA enviará una reclamación al VPA por los servicios cubiertos a través de Internet o mediante un formulario de reclamación. Los proveedores participantes del VPA aceptarán el pago de Blue Shield of California por los servicios cubiertos como pago total, excepto en los casos indicados en el Resumen de beneficios.

Para conocer más sobre sus beneficios de atención de la vista infantil, consulte la información de sus beneficios o llame al Servicio para Clientes de Blue Shield of California al **(877) 601-9083**.

Los proveedores del plan de la vista no reciben incentivos económicos ni bonificaciones de Blue Shield.

Beneficios y coberturas principales

Los beneficios de estos planes, como la atención aguda y subaguda, solo se brindan para los servicios que son médicamente necesarios. Es posible que se requiera autorización previa, según se establece en la EOC/Póliza.

Consulte el Resumen de beneficios para obtener un resumen de los servicios y suministros que cubre cada plan. Asimismo, para obtener información más detallada sobre los beneficios y la cobertura que incluye su plan de beneficios, consulte la EOC/Póliza que recibirá después de su inscripción o que puede pedir antes de la inscripción.

Información específica sobre los planes Trio HMO de Blue Shield

La siguiente información solo corresponde a los planes Trio HMO de Blue Shield.

Elección de médicos y proveedores

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER DE QUIÉN O DE QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES SE PUEDE OBTENER ATENCIÓN DE LA SALUD.

Una HMO les ofrece a los miembros una opción de proveedores dentro de una red contratada de médicos, hospitales y profesionales no médicos de atención de la salud. Cada miembro podrá elegir a un médico de atención primaria del Directorio del Plan Trio HMO de Blue Shield, que incluye a médicos generales, médicos familiares, internistas, obstetras, ginecólogos y pediatras. Los miembros de una misma familia pueden elegir a médicos de atención primaria diferentes.

Todos los servicios cubiertos deben ser brindados o coordinados por el médico de atención primaria del miembro, a excepción de lo siguiente:

1. Servicios recibidos durante una visita de Trio+ Specialist.
2. Servicios de obstetricia/ginecología (OB/GYN, por sus siglas en inglés) brindados por un obstetra/ginecólogo o un médico de familia que estén en el mismo grupo médico/Independent Practice Association (IPA, asociación de práctica independiente) que el médico de atención primaria.
3. Servicios de emergencia.
4. Servicios urgentes fuera del área de servicio del médico de atención primaria.
5. Servicios de salud mental, tratamiento de salud conductual y servicios para pacientes con trastornos por el uso de sustancias adictivas.*

* Los servicios de salud mental, el tratamiento de salud conductual y los servicios para pacientes con trastornos por el uso de sustancias adictivas deben ser coordinados y brindados por el MHSA. Consulte los párrafos sobre servicios de salud mental, salud conductual y para pacientes con trastornos por el uso de sustancias adictivas que siguen en esta sección.

Cuando sea necesario, el médico de atención primaria del miembro coordinará la obtención de una autorización previa para servicios. Las decisiones con respecto a las solicitudes de las autorizaciones previas de los servicios se tomarán como se indica a continuación:

Para servicios urgentes, lo antes posible según la
Divulgación de información importante

enfermedad del miembro, sin exceder las 72 horas desde que se recibió la solicitud.

Para otros servicios, dentro de los 5 días hábiles desde que se recibió la solicitud. Al proveedor a cargo se le informará la decisión dentro de las 24 horas y después se enviará un aviso escrito al proveedor y al miembro dentro de los 2 días hábiles después de que se haya tomado la decisión.

Planes HMO con una red ACO

Los planes Trio HMO ofrecen a los miembros una selección limitada de IPA y grupos médicos para elegir. Las IPA y los grupos médicos de Trio participan en relaciones de colaboración entre organizaciones responsables de la atención (ACO, por sus siglas en inglés) y Blue Shield.

Antes de inscribirse en este plan de salud, es importante que los miembros revisen la lista de proveedores que están en el Directorio de hospitales y médicos de Trio HMO. En varias áreas, tal vez haya solo un (1) grupo médico o IPA de los que se pueda elegir un médico de atención primaria o recibir servicios cubiertos.

Referencia a servicios de especialistas

Si el médico de atención primaria determina que los servicios de especialistas son médicamente necesarios, iniciará una referencia a un proveedor del plan designado y pedirá la autorización necesaria. Generalmente, el médico de atención primaria referirá al miembro a un especialista u otro proveedor de atención de la salud del mismo grupo médico/IPA. El especialista u otro proveedor de atención de la salud le enviará un informe al médico de atención primaria.

En el caso de que ningún proveedor del plan se encuentre disponible para brindar los servicios requeridos, el médico de atención primaria referirá al miembro a un proveedor que no esté en el plan después de obtener la autorización.

Si un problema de salud o enfermedad potencialmente mortal, degenerativa o discapacitante que requiere atención médica especializada durante un tiempo prolongado afecta a un miembro, él puede ser elegible para recibir una referencia permanente a un especialista. Para recibir más información sobre las referencias permanentes, comuníquese con el

Servicio para Clientes.

Si un miembro tiene dudas sobre su diagnóstico o cree que tener información adicional sobre su enfermedad sería útil para determinar el plan de tratamiento más apropiado, puede pedirle a su médico de atención primaria que lo refiera a otro médico para obtener una segunda opinión médica. El médico de atención primaria del miembro también puede ofrecer una referencia a otro médico para obtener una segunda opinión. La ley estatal exige que los planes de salud informen, a pedido de los miembros, los plazos para obtener una respuesta al pedido de una segunda opinión médica. Para pedir una copia de la información sobre esos plazos, llame al Servicio para Clientes.

Si la segunda opinión tiene que ver con la atención brindada por el médico de atención primaria del miembro, la segunda opinión será provista por un médico del mismo grupo médico/IPA. Si la segunda opinión tiene que ver con la atención recibida de un especialista, la segunda opinión puede ser provista por cualquier especialista de Blue Shield de la misma especialidad o de una equivalente. Todas las consultas por segundas opiniones deben estar autorizadas por el grupo médico/IPA.

Trio+ Specialist

Con Trio+ Specialist, un miembro puede acordar una visita al consultorio de un especialista del plan del mismo grupo médico o IPA del médico de atención primaria sin una referencia del médico de atención primaria. Este beneficio está sujeto a las limitaciones descritas en la EOC. Las cantidades del coseguro y el copago correspondientes para las visitas de Trio+ Specialist se indican en el Resumen de beneficios, que se incluye como parte de este Formulario de divulgación.

Responsabilidad de pago del suscriptor

Por la mayoría de los servicios cubiertos, un miembro paga un copago al momento de recibir el servicio. Algunos servicios cubiertos tienen cobertura sin costos compartidos para el miembro.

El médico de atención primaria del miembro brindará o coordinará la provisión de los servicios cubiertos, a excepción de los servicios de emergencia o los servicios de atención urgente cuando el miembro se encuentre fuera del área

de servicio. Cuando sea necesario, el médico de atención primaria del miembro también coordinará la obtención de una autorización previa para servicios.

El miembro es responsable de pagar cualquier servicio que no tenga cobertura o que no esté autorizado ni brindado por proveedores del plan (excepto los servicios de emergencia o los servicios de atención urgente cuando el miembro se encuentra fuera del área de servicio).

Disposiciones de reembolso

Excepto en los casos que se indican, los miembros no necesitan presentar formularios de reclamación. Los miembros pagan un copago o coseguro al momento de recibir los servicios. El coseguro se calcula sobre la base de la tarifa negociada con el proveedor del plan. Algunos servicios tienen cobertura sin cargo para el miembro.

Si el miembro recibió servicios de emergencia e incurrió en gastos por otros servicios, aparte del traslado médico, el miembro deberá presentar ante Blue Shield, para recibir el pago correspondiente, una reclamación completa junto con el informe del servicio de emergencia, dentro del plazo de un año después de la primera entrega de los servicios de emergencia por los que se pide el pago. En el caso de que se reciban servicios cubiertos de traslado médico en esa situación de emergencia, Blue Shield le pagará directamente al proveedor del transporte médico.

Si se recibieron servicios urgentes fuera del área mediante un proveedor que no es un proveedor del plan ni un proveedor de BlueCard*, el miembro deberá presentar ante Blue Shield, para recibir el pago correspondiente, una reclamación completa junto con el informe del servicio urgente, dentro del plazo de un año después de la primera entrega de los servicios urgentes por los que se pide el pago. Blue Shield revisará retrospectivamente los servicios para determinar si fueron servicios urgentes. Si Blue Shield determina que los servicios no tienen cobertura, se le informará al miembro esa determinación. Blue Shield le informará al miembro la determinación dentro de los 30 días de haber recibido la reclamación.

*BlueCard es una red de proveedores participantes de Blue Shield que está disponible para los miembros mientras viajan temporalmente fuera del área de servicio. Si los miembros utilizan

un proveedor de BlueCard, ellos son responsables de las cantidades del coseguro y el copago correspondientes, según se indica en el Resumen de beneficios, que se incluye como parte de este Formulario de divulgación; además, no necesitan presentar ningún formulario de reclamación. La EOC contiene información completa sobre el programa BlueCard.

Centros de atención

El plan Trio HMO de Blue Shield tiene una red de médicos, hospitales, agencias participantes de cuidados para pacientes terminales y profesionales para médicos de atención de la salud en el área de servicio del médico de atención primaria del miembro. La red específica asociada con cada plan Trio HMO se indica en la EOC y el Resumen de beneficios del plan de salud.

Comuníquese con el Servicio para Clientes para recibir información sobre los profesionales no médicos de atención de la salud que se encuentran en el área de servicio de su médico de atención primaria.

El directorio de proveedores del plan Trio HMO se puede obtener entrando al sitio web de Blue Shield, <http://www.blueshieldca.com/FAP>, o llamando al Departamento del Servicio para Clientes.

Servicios para la atención de emergencia

Se brindarán beneficios para los servicios de emergencia que se reciban en cualquier parte del mundo.

1. A un miembro que razonablemente crea que tiene un problema médico o de salud mental de emergencia que requiere una respuesta de emergencia se le recomienda utilizar de manera apropiada el sistema de respuesta de emergencia "911" (donde esté disponible) o ir al hospital más cercano para obtener atención inmediata.
2. Un miembro debe avisarle a su médico de atención primaria dentro de las 24 horas de haber recibido los servicios de emergencia o tan pronto como sea razonablemente posible después de la estabilización médica. Blue Shield revisará los servicios retrospectivamente para determinar si esos servicios se debieron a un problema médico por el que una persona razonable hubiera creído que él o ella tenía un problema médico de emergencia.

3. En el caso de la atención de emergencia médicamente necesaria, los miembros son únicamente responsables del deducible, el copago o el coseguro que correspondan, según se indica en el Resumen de beneficios, y no son responsables de ninguna cantidad permitida que Blue Shield esté obligado a pagar.
4. Los servicios no tendrán cobertura si el miembro no tuvo un problema médico por el que una persona razonable hubiese pensado que él o ella tenía una emergencia.
5. Los miembros deben llamar a su médico de atención primaria para obtener atención urgente dentro del área de servicio del médico de atención primaria.

Administración del uso

La ley estatal exige que los planes de salud informen a los miembros y a los proveedores del plan de salud sobre el proceso empleado para autorizar o rechazar los servicios de atención de la salud conforme al plan de salud.

Blue Shield posee la documentación de este proceso, tal como lo exige la sección 1363.5 del California Health and Safety Code (Código de Salud y Seguridad de California).

Para pedir una copia del documento que describe este Programa de Administración del Uso, llame al Servicio para Clientes.

* BlueCard es una red de proveedores participantes de Blue Shield que está disponible para los miembros que se encuentran temporalmente fuera del área de servicio. Si el miembro usa un proveedor de BlueCard, será responsable de pagar las cantidades de copagos y coseguros que correspondan, según se indica en el Resumen de beneficios que se incluye como parte de este formulario de divulgación; además, no necesita presentar ningún formulario de reclamación. La EOC contiene información completa sobre el programa BlueCard.

Tabla del área de servicio de Trio HMO

El área de servicio de Trio HMO está conformada solamente por los condados y los códigos postales de esos condados, que se indican en el siguiente cuadro. Nota: el área de servicio de Trio HMO puede cambiar. Para verificar la información del área de servicio, puede visitar el sitio web de Blue Shield, blueshieldca.com, o llamar a Shield Concierge al número de teléfono que está en la parte de atrás de este folleto.

Alameda County (only those Zip Codes shown here)		
94501	94579	94622
94502	94580	94623
94505	94586	94624
94514	94587	94649
94536	94588	94659
94537	94601	94660
94538	94602	94661
94539	94603	94662
94540	94604	94666
94541	94605	94701
94542	94606	94702
94543	94607	94703
94544	94608	94704
94545	94609	94705
94546	94610	94706
94550	94611	94707
94551	94612	94708
94552	94613	94709
94555	94614	94710
94557	94615	94712
94560	94617	94720
94566	94618	95377
94568	94619	95391
94577	94620	---
94578	94621	---
Contra Costa County (only those Zip Codes shown here)		
94505	94514	94521
94506	94516	94522
94507	94517	94523
94509	94518	94524
94511	94519	94525
94513	94520	94526

Tabla del área de servicio de Trio HMO

El área de servicio de Trio HMO está conformada solamente por los condados y los códigos postales de esos condados, que se indican en el siguiente cuadro. Nota: el área de servicio de Trio HMO puede cambiar. Para verificar la información del área de servicio, puede visitar el sitio web de Blue Shield, blueshieldca.com, o llamar a Shield Concierge al número de teléfono que está en la parte de atrás de este folleto.

Contra Costa County (only those Zip Codes shown here) <i>continued</i>		
94527	94564	94707
94528	94565	94708
94529	94569	94801
94530	94570	94802
94531	94572	94803
94547	94575	94804
94548	94582	94805
94549	94583	94806
94551	94595	94807
94553	94596	94808
94556	94597	94820
94561	94598	94850
94563	94706	---
El Dorado County (only those Zip Codes shown here)		
95664	95682	---
95672	95762	---
Kern County (only those Zip Codes shown here)		
93203	93255	93307
93205	93263	93308
93206	93268	93309
93215	93276	93311
93216	93280	93312
93220	93283	93313
93224	93285	93314
93225	93287	93380
93226	93301	93383
93240	93302	93384
93241	93303	93385
93250	93304	93386
93251	93305	93387
93252	93306	93388

Tabla del área de servicio de Trio HMO

El área de servicio de Trio HMO está conformada solamente por los condados y los códigos postales de esos condados, que se indican en el siguiente cuadro. Nota: el área de servicio de Trio HMO puede cambiar. Para verificar la información del área de servicio, puede visitar el sitio web de Blue Shield, blueshieldca.com, o llamar a Shield Concierge al número de teléfono que está en la parte de atrás de este folleto.

Kern County (only those Zip Codes shown here) <i>continued</i>		
93389	93504	93531
93390	93505	93560
93501	93516	93561
93502	93518	93596
Los Angeles County (only those Zip Codes shown here)		
90001	90029	90057
90002	90030	90058
90003	90031	90059
90004	90032	90060
90005	90033	90061
90006	90034	90062
90007	90035	90063
90008	90036	90064
90009	90037	90065
90010	90038	90066
90011	90039	90067
90012	90040	90068
90013	90041	90069
90014	90042	90070
90015	90043	90071
90016	90044	90072
90017	90045	90073
90018	90046	90074
90019	90047	90075
90020	90048	90076
90021	90049	90077
90022	90050	90078
90023	90051	90079
90024	90052	90080
90025	90053	90081
90026	90054	90082
90027	90055	90083
90028	90056	90084

Tabla del área de servicio de Trio HMO

El área de servicio de Trio HMO está conformada solamente por los condados y los códigos postales de esos condados, que se indican en el siguiente cuadro. Nota: el área de servicio de Trio HMO puede cambiar. Para verificar la información del área de servicio, puede visitar el sitio web de Blue Shield, blueshieldca.com, o llamar a Shield Concierge al número de teléfono que está en la parte de atrás de este folleto.

Los Angeles County (only those Zip Codes shown here) <i>continued</i>		
90086	90248	90307
90087	90249	90308
90088	90250	90309
90089	90251	90310
90090	90254	90311
90091	90255	90312
90093	90260	90401
90094	90261	90402
90095	90262	90403
90096	90263	90404
90099	90264	90405
90189	90265	90406
90201	90266	90407
90202	90267	90408
90209	90270	90409
90210	90272	90410
90211	90274	90411
90212	90275	90501
90213	90277	90502
90220	90278	90503
90221	90280	90504
90222	90290	90505
90223	90291	90506
90224	90292	90507
90230	90293	90508
90231	90294	90509
90232	90295	90510
90233	90296	90601
90239	90301	90602
90240	90302	90603
90241	90303	90604
90242	90304	90605
90245	90305	90606
90247	90306	90607

Tabla del área de servicio de Trio HMO

El área de servicio de Trio HMO está conformada solamente por los condados y los códigos postales de esos condados, que se indican en el siguiente cuadro. Nota: el área de servicio de Trio HMO puede cambiar. Para verificar la información del área de servicio, puede visitar el sitio web de Blue Shield, blueshieldca.com, o llamar a Shield Concierge al número de teléfono que está en la parte de atrás de este folleto.

Los Angeles County (only those Zip Codes shown here) <i>continued</i>		
90608	90745	91001
90609	90746	91003
90610	90747	91006
90637	90748	91007
90638	90749	91008
90639	90755	91009
90640	90801	91010
90650	90802	91011
90651	90803	91012
90652	90804	91016
90660	90805	91017
90661	90806	91020
90662	90807	91021
90670	90808	91023
90671	90809	91024
90701	90810	91025
90702	90813	91030
90703	90814	91031
90706	90815	91040
90707	90822	91041
90710	90831	91042
90711	90832	91043
90712	90833	91046
90713	90834	91066
90714	90835	91077
90715	90840	91101
90716	90842	91102
90717	90844	91103
90723	90846	91104
90731	90847	91105
90732	90848	91106
90733	90853	91107
90734	90895	91108
90744	90899	91109

Tabla del área de servicio de Trio HMO

El área de servicio de Trio HMO está conformada solamente por los condados y los códigos postales de esos condados, que se indican en el siguiente cuadro. Nota: el área de servicio de Trio HMO puede cambiar. Para verificar la información del área de servicio, puede visitar el sitio web de Blue Shield, blueshieldca.com, o llamar a Shield Concierge al número de teléfono que está en la parte de atrás de este folleto.

Los Angeles County (only those Zip Codes shown here) <i>continued</i>		
91110	91301	91350
91114	91302	91351
91115	91303	91352
91116	91304	91353
91117	91305	91354
91118	91306	91355
91121	91307	91356
91123	91308	91357
91124	91309	91364
91125	91310	91365
91126	91311	91367
91129	91313	91371
91182	91316	91372
91184	91321	91376
91185	91322	91380
91188	91324	91381
91189	91325	91382
91199	91326	91383
91201	91327	91384
91202	91328	91385
91203	91329	91386
91204	91330	91387
91205	91331	91390
91206	91333	91392
91207	91334	91393
91208	91335	91394
91209	91337	91395
91210	91340	91396
91214	91341	91401
91221	91342	91402
91222	91343	91403
91224	91344	91404
91225	91345	91405
91226	91346	91406

Tabla del área de servicio de Trio HMO

El área de servicio de Trio HMO está conformada solamente por los condados y los códigos postales de esos condados, que se indican en el siguiente cuadro. Nota: el área de servicio de Trio HMO puede cambiar. Para verificar la información del área de servicio, puede visitar el sitio web de Blue Shield, blueshieldca.com, o llamar a Shield Concierge al número de teléfono que está en la parte de atrás de este folleto.

Los Angeles County (only those Zip Codes shown here) <i>continued</i>		
91407	91605	91748
91408	91606	91749
91409	91607	91750
91410	91608	91754
91411	91609	91755
91412	91610	91756
91413	91611	91765
91416	91612	91766
91423	91614	91767
91426	91615	91768
91436	91616	91769
91470	91617	91770
91482	91618	91771
91495	91702	91772
91496	91706	91773
91499	91711	91775
91501	91714	91776
91502	91715	91778
91503	91716	91780
91504	91722	91788
91505	91723	91789
91506	91724	91790
91507	91731	91791
91508	91732	91792
91510	91733	91793
91521	91734	91801
91522	91735	91802
91523	91740	91803
91526	91741	91804
91601	91744	91896
91602	91745	91899
91603	91746	93510
91604	91747	93563

Tabla del área de servicio de Trio HMO

El área de servicio de Trio HMO está conformada solamente por los condados y los códigos postales de esos condados, que se indican en el siguiente cuadro. Nota: el área de servicio de Trio HMO puede cambiar. Para verificar la información del área de servicio, puede visitar el sitio web de Blue Shield, blueshieldca.com, o llamar a Shield Concierge al número de teléfono que está en la parte de atrás de este folleto.

Marin County (only those Zip Codes shown here)		
94901	94939	94964
94903	94940	94965
94904	94941	94966
94912	94942	94970
94913	94945	94971
94914	94946	94973
94915	94947	94974
94920	94948	94976
94924	94949	94977
94925	94950	94978
94930	94956	94979
94933	94957	94998
94937	94960	---
94938	94963	---
Nevada County (only those Zip Codes shown here)		
95712	95946	95960
95924	95949	95975
95945	95959	95986
Orange County (only those Zip Codes shown here)		
90620	90742	92617
90621	90743	92618
90622	92602	92619
90623	92603	92620
90624	92604	92623
90630	92605	92624
90631	92606	92625
90632	92607	92626
90633	92609	92627
90638	92610	92628
90680	92612	92629
90720	92614	92630
90721	92615	92637
90740	92616	92646

Tabla del área de servicio de Trio HMO

El área de servicio de Trio HMO está conformada solamente por los condados y los códigos postales de esos condados, que se indican en el siguiente cuadro. Nota: el área de servicio de Trio HMO puede cambiar. Para verificar la información del área de servicio, puede visitar el sitio web de Blue Shield, **blueshieldca.com**, o llamar a Shield Concierge al número de teléfono que está en la parte de atrás de este folleto.

Orange County (only those Zip Codes shown here) <i>continued</i>		
92647	92697	92822
92648	92698	92823
92649	92701	92825
92650	92702	92831
92651	92703	92832
92652	92704	92833
92653	92705	92834
92654	92706	92835
92655	92707	92836
92656	92708	92837
92657	92711	92838
92658	92712	92840
92659	92728	92841
92660	92735	92842
92661	92780	92843
92662	92781	92844
92663	92782	92845
92672	92799	92846
92673	92801	92850
92674	92802	92856
92675	92803	92857
92676	92804	92859
92677	92805	92861
92678	92806	92862
92679	92807	92863
92683	92808	92864
92684	92809	92865
92685	92811	92866
92688	92812	92867
92690	92814	92868
92691	92815	92869
92692	92816	92870
92693	92817	92871
92694	92821	92885

Tabla del área de servicio de Trio HMO

El área de servicio de Trio HMO está conformada solamente por los condados y los códigos postales de esos condados, que se indican en el siguiente cuadro. Nota: el área de servicio de Trio HMO puede cambiar. Para verificar la información del área de servicio, puede visitar el sitio web de Blue Shield, blueshieldca.com, o llamar a Shield Concierge al número de teléfono que está en la parte de atrás de este folleto.

Orange County (only those Zip Codes shown here) <i>continued</i>		
92886	92887	92899
Placer County (only those Zip Codes shown here)		
95602	95658	95746
95603	95661	95747
95604	95663	95765
95648	95677	---
95650	95678	---
Riverside County (only those Zip Codes shown here)		
91752	92530	92582
92220	92531	92583
92223	92532	92584
92230	92543	92585
92320	92544	92586
92501	92545	92587
92502	92546	92589
92503	92548	92590
92504	92551	92591
92505	92552	92592
92506	92553	92593
92507	92554	92595
92508	92555	92596
92509	92556	92599
92513	92557	92860
92514	92562	92877
92515	92563	92878
92516	92564	92879
92517	92567	92880
92518	92570	92881
92519	92571	92882
92521	92572	92883
92522	92581	---

Tabla del área de servicio de Trio HMO

El área de servicio de Trio HMO está conformada solamente por los condados y los códigos postales de esos condados, que se indican en el siguiente cuadro. Nota: el área de servicio de Trio HMO puede cambiar. Para verificar la información del área de servicio, puede visitar el sitio web de Blue Shield, blueshieldca.com, o llamar a Shield Concierge al número de teléfono que está en la parte de atrás de este folleto.

Sacramento County (only those Zip Codes shown here)		
94203	94271	95638
94204	94273	95639
94205	94274	95652
94206	94277	95655
94207	94278	95660
94208	94279	95662
94209	94280	95670
94211	94282	95671
94229	94283	95673
94230	94284	95683
94232	94285	95693
94234	94286	95741
94235	94287	95742
94236	94288	95757
94237	94289	95758
94239	94290	95759
94240	94291	95763
94244	94293	95811
94245	94294	95812
94247	94295	95813
94248	94296	95814
94249	94297	95815
94250	94298	95816
94252	94299	95817
94254	95608	95818
94256	95609	95819
94257	95610	95820
94258	95611	95821
94259	95615	95822
94261	95621	95823
94262	95624	95824
94263	95626	95825
94267	95628	95826
94268	95630	95827
94269	95632	95828

Tabla del área de servicio de Trio HMO

El área de servicio de Trio HMO está conformada solamente por los condados y los códigos postales de esos condados, que se indican en el siguiente cuadro. Nota: el área de servicio de Trio HMO puede cambiar. Para verificar la información del área de servicio, puede visitar el sitio web de Blue Shield, blueshieldca.com, o llamar a Shield Concierge al número de teléfono que está en la parte de atrás de este folleto.

Sacramento County (only those Zip Codes shown here) <i>continued</i>		
95829	95837	95853
95830	95838	95860
95831	95840	95864
95832	95841	95865
95833	95842	95866
95834	95843	95867
95835	95851	95894
95836	95852	95899
San Bernardino County (only those Zip Codes shown here)		
91701	92315	92354
91708	92316	92356
91709	92317	92357
91710	92318	92358
91729	92321	92359
91730	92322	92368
91737	92324	92369
91739	92325	92371
91743	92329	92372
91758	92331	92373
91759	92333	92374
91761	92334	92375
91762	92335	92376
91763	92336	92377
91764	92337	92378
91784	92339	92382
91785	92340	92385
91786	92341	92386
92301	92342	92391
92305	92344	92392
92307	92345	92393
92308	92346	92394
92313	92350	92395
92314	92352	92397

Tabla del área de servicio de Trio HMO

El área de servicio de Trio HMO está conformada solamente por los condados y los códigos postales de esos condados, que se indican en el siguiente cuadro. Nota: el área de servicio de Trio HMO puede cambiar. Para verificar la información del área de servicio, puede visitar el sitio web de Blue Shield, blueshieldca.com, o llamar a Shield Concierge al número de teléfono que está en la parte de atrás de este folleto.

San Bernardino County (only those Zip Codes shown here) <i>continued</i>		
92399	92406	92415
92401	92407	92418
92402	92408	92423
92403	92410	92427
92404	92411	---
92405	92413	---
San Diego County (only those Zip Codes shown here)		
91901	91948	92025
91902	91950	92026
91903	91951	92027
91905	91962	92028
91906	91963	92029
91908	91976	92030
91909	91977	92033
91910	91978	92036
91911	91979	92037
91912	91980	92038
91913	91987	92039
91914	92003	92040
91915	92007	92046
91916	92008	92049
91917	92009	92051
91921	92010	92052
91931	92011	92054
91932	92013	92055
91933	92014	92056
91935	92018	92057
91941	92019	92058
91942	92020	92059
91943	92021	92060
91944	92022	92061
91945	92023	92064
91946	92024	92065

Tabla del área de servicio de Trio HMO

El área de servicio de Trio HMO está conformada solamente por los condados y los códigos postales de esos condados, que se indican en el siguiente cuadro. Nota: el área de servicio de Trio HMO puede cambiar. Para verificar la información del área de servicio, puede visitar el sitio web de Blue Shield, blueshieldca.com, o llamar a Shield Concierge al número de teléfono que está en la parte de atrás de este folleto.

San Diego County (only those Zip Codes shown here) <i>continued</i>		
92067	92115	92155
92068	92116	92158
92069	92117	92159
92071	92118	92160
92072	92119	92161
92074	92120	92163
92075	92121	92165
92078	92122	92166
92079	92123	92167
92081	92124	92168
92082	92126	92169
92083	92127	92170
92084	92128	92171
92085	92129	92172
92088	92130	92173
92091	92131	92174
92092	92132	92175
92093	92134	92176
92096	92135	92177
92101	92136	92178
92102	92137	92179
92103	92138	92182
92104	92139	92186
92105	92140	92187
92106	92142	92190
92107	92143	92191
92108	92145	92192
92109	92147	92193
92110	92149	92195
92111	92150	92196
92112	92152	92197
92113	92153	92198
92114	92154	92199

Tabla del área de servicio de Trio HMO

El área de servicio de Trio HMO está conformada solamente por los condados y los códigos postales de esos condados, que se indican en el siguiente cuadro. Nota: el área de servicio de Trio HMO puede cambiar. Para verificar la información del área de servicio, puede visitar el sitio web de Blue Shield, blueshieldca.com, o llamar a Shield Concierge al número de teléfono que está en la parte de atrás de este folleto.

San Francisco County (only those Zip Codes shown here)		
94102	94121	94141
94103	94122	94142
94104	94123	94143
94105	94124	94144
94107	94125	94145
94108	94126	94146
94109	94127	94147
94110	94128	94151
94111	94129	94158
94112	94130	94159
94114	94131	94160
94115	94132	94161
94116	94133	94163
94117	94134	94164
94118	94137	94172
94119	94139	94177
94120	94140	94188
San Joaquin County (only those Zip Codes shown here)		
94514	95219	95297
95201	95220	95304
95202	95227	95320
95203	95230	95330
95204	95231	95336
95205	95234	95337
95206	95236	95361
95207	95237	95366
95208	95240	95376
95209	95241	95377
95210	95242	95378
95211	95253	95385
95212	95258	95391
95213	95267	95632
95214	95269	95686
95215	95296	95690

Tabla del área de servicio de Trio HMO

El área de servicio de Trio HMO está conformada solamente por los condados y los códigos postales de esos condados, que se indican en el siguiente cuadro. Nota: el área de servicio de Trio HMO puede cambiar. Para verificar la información del área de servicio, puede visitar el sitio web de Blue Shield, blueshieldca.com, o llamar a Shield Concierge al número de teléfono que está en la parte de atrás de este folleto.

San Luis Obispo County (only those Zip Codes shown here)		
93401	93422	93445
93402	93423	93446
93403	93424	93447
93405	93426	93448
93406	93428	93449
93407	93430	93451
93408	93432	93453
93409	93433	93461
93410	93435	93465
93412	93442	93475
93420	93443	93483
93421	93444	---
San Mateo County (only those Zip Codes shown here)		
94002	94026	94066
94005	94027	94070
94010	94028	94074
94011	94030	94080
94014	94037	94083
94015	94038	94128
94016	94044	94303
94017	94060	94401
94018	94061	94402
94019	94062	94403
94020	94063	94404
94021	94064	94497
94025	94065	---
Santa Clara County (only those Zip Codes shown here)		
94022	94041	94088
94023	94042	94089
94024	94043	94301
94035	94085	94302
94039	94086	94303
94040	94087	94304

Tabla del área de servicio de Trio HMO

El área de servicio de Trio HMO está conformada solamente por los condados y los códigos postales de esos condados, que se indican en el siguiente cuadro. Nota: el área de servicio de Trio HMO puede cambiar. Para verificar la información del área de servicio, puede visitar el sitio web de Blue Shield, blueshieldca.com, o llamar a Shield Concierge al número de teléfono que está en la parte de atrás de este folleto.

Santa Clara County (only those Zip Codes shown here) <i>continued</i>		
94305	95056	95134
94306	95070	95135
94309	95071	95136
94550	95076	95138
95002	95101	95139
95008	95103	95140
95009	95106	95141
95011	95108	95148
95013	95109	95150
95014	95110	95151
95015	95111	95152
95020	95112	95153
95021	95113	95154
95023	95115	95155
95026	95116	95156
95030	95117	95157
95031	95118	95158
95032	95119	95159
95033	95120	95160
95035	95121	95161
95036	95122	95164
95037	95123	95170
95038	95124	95172
95042	95125	95173
95044	95126	95190
95046	95127	95191
95050	95128	95192
95051	95129	95193
95052	95130	95194
95053	95131	95196
95054	95132	---
95055	95133	---

Tabla del área de servicio de Trio HMO

El área de servicio de Trio HMO está conformada solamente por los condados y los códigos postales de esos condados, que se indican en el siguiente cuadro. Nota: el área de servicio de Trio HMO puede cambiar. Para verificar la información del área de servicio, puede visitar el sitio web de Blue Shield, blueshieldca.com, o llamar a Shield Concierge al número de teléfono que está en la parte de atrás de este folleto.

Santa Cruz County (only those Zip Codes shown here)		
95001	95019	95065
95003	95033	95066
95005	95041	95067
95006	95060	95073
95007	95061	95076
95010	95062	95077
95017	95063	---
95018	95064	---
Solano County (only those Zip Codes shown here)		
94503	94589	95620
94510	94592	---
Stanislaus County (only those Zip Codes shown here)		
95307	95351	95363
95313	95352	95367
95316	95353	95368
95319	95354	95380
95323	95355	95381
95326	95356	95382
95328	95357	95386
95329	95358	95387
95350	95361	95397
Tulare County (only those Zip Codes shown here)		
93219	93256	93260
Ventura County (only those Zip Codes shown here)		
91319	91377	93007
91320	93001	93009
91358	93002	93010
91359	93003	93011
91360	93004	93012
91361	93005	93015
91362	93006	93016

Tabla del área de servicio de Trio HMO

El área de servicio de Trio HMO está conformada solamente por los condados y los códigos postales de esos condados, que se indican en el siguiente cuadro. Nota: el área de servicio de Trio HMO puede cambiar. Para verificar la información del área de servicio, puede visitar el sitio web de Blue Shield, **blueshieldca.com**, o llamar a Shield Concierge al número de teléfono que está en la parte de atrás de este folleto.

Ventura County (only those Zip Codes shown here) <i>continued</i>		
93020	93034	93061
93021	93035	93062
93022	93036	93063
93023	93040	93064
93024	93041	93065
93030	93042	93066
93031	93043	93094
93032	93044	93099
93033	93060	---
Yolo County (only those Zip Codes shown here)		
95605	95627	95697
95606	95637	95698
95607	95645	95776
95612	95653	95798
95616	95691	95799
95617	95694	95937
95618	95695	---

Los suscriptores deben vivir en el área de servicio del plan para poder inscribirse en este plan y seguir siendo elegibles para tener cobertura en este plan.

Planes PPO de Blue Shield

Esta información corresponde únicamente a los planes PPO de Blue Shield.

Elección de médicos y proveedores

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER DE QUIÉN O DE QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES SE PUEDE OBTENER ATENCIÓN DE LA SALUD.

El plan PPO de Blue Shield está diseñado para que pueda obtener servicios de los proveedores participantes de Blue Shield y de los proveedores participantes de un MHA. Sin embargo, puede optar por recibir la mayoría de los servicios de parte de proveedores no participantes. Los servicios cubiertos que se obtienen de proveedores no participantes generalmente se traducen en un costo compartido más elevado para usted. Algunos servicios no están cubiertos a menos que los reciba de proveedores participantes, que se enumeran en nuestros directorios de proveedores y en línea en la sección *Find a Provider* (Buscar un proveedor) de blueshieldca.com.

Red de proveedores de Blue Shield y centros de atención

Actualizamos periódicamente los directorios de proveedores para reflejar los cambios en nuestras redes de proveedores. El miembro tiene la obligación de verificar si el proveedor elegido es un proveedor participante o un proveedor participante del MHA antes de obtener la cobertura.

Para obtener las listas más actualizadas, consulte nuestros directorios en línea en la sección *Find a Provider* (Buscar un proveedor) de blueshieldca.com. También puede pedirle un directorio a su representante de cuentas autorizado de Blue Shield, o bien puede llamar al Servicio para Clientes de Blue Shield al **(888) 256-3650** si adquirió su cobertura directamente de Blue Shield o al **(855) 836-9705** si adquirió su cobertura a través de Covered California.

Proveedores participantes

Los proveedores participantes aceptan el pago de Blue Shield, más su pago de los deducibles que correspondan o los deducibles médicos y de farmacias integrados y los copagos/coseguros, o de las cantidades que superen las cantidades máximas

Divulgación de información importante

en dólares especificadas para los beneficios, como pago total por los servicios cubiertos.

Disposiciones de reembolso

Cuando use proveedores participantes, por lo general, no tendrá que pagar los servicios en el momento de la visita. La mayoría de los proveedores participantes facturarán directamente a Blue Shield y, después, le facturarán a usted por la cantidad que le corresponda pagar. Aplicaremos la cantidad apropiada para cualquier deducible o deducible médico y de farmacias integrado correspondientes. Para la atención de la vista infantil, el pago que exceda los beneficios cubiertos generalmente se cobrará al momento de brindar el servicio.

Proveedores no participantes

El pago de Blue Shield para los proveedores no participantes puede ser bastante menor que la cantidad facturada. Usted es responsable de pagar la diferencia entre la cantidad que nosotros pagamos y la cantidad facturada por los proveedores no participantes. En algunos casos, cubrimos los servicios solo si los brinda un proveedor participante; por lo tanto, usar un proveedor no participante podría ocasionar que Blue Shield no pague o pague menos por esos servicios.

Para garantizar que los proveedores no participantes no facturen a los inscritos el saldo de cantidades poco razonables, el pago mínimo de Blue Shield para los proveedores no participantes debe ser equivalente a una de las siguientes cantidades (la que sea mayor): (1) la tarifa media negociada por contrato para los servicios; (2) la cantidad determinada según el método que Blue Shield utiliza generalmente para calcular los pagos a los proveedores no participantes; o (3) la cantidad que paga Medicare.

Disposiciones de reembolso

Cuando use proveedores no participantes, deberá pagar el costo total de su atención directamente al proveedor, ya sea en el momento de la visita o cuando el proveedor se lo facture. Una vez que reciba la factura, simplemente preséntele a Blue Shield un formulario de reclamación junto con una copia de esa factura. Aplicaremos la cantidad apropiada al deducible de su plan o al deducible médico y de farmacias integrado o bien, en el caso de que usted ya haya alcanzado el deducible de su plan o el deducible médico y de farmacias

integrado, le reembolsaremos el porcentaje correspondiente de la cantidad permitida de Blue Shield.

Cómo obtener servicios de emergencia en todo el mundo

Los servicios de emergencia tienen cobertura mundial con todos los planes de Blue Shield. Una emergencia se define como un problema médico imprevisto, incluido un problema médico psiquiátrico de emergencia, que se manifiesta mediante síntomas agudos (incluso dolor intenso) de gravedad tal que la falta de atención médica inmediata podría razonablemente ocasionar alguna de las siguientes situaciones:

- Su vida o su salud podrían correr un grave peligro.
- Podría sufrir un trastorno grave de las funciones corporales.
- Podría sufrir disfunciones graves de cualquier parte u órgano del cuerpo.

En el caso de los servicios de emergencia brindados por un proveedor participante o no participante, el miembro es únicamente responsable del deducible que corresponda o el deducible médico y de farmacias integrado, copago o coseguro, según se indica en el Resumen de beneficios, y no es responsable de ninguna cantidad permitida que Blue Shield esté obligado a pagar.

Cómo obtener atención urgente lejos de su hogar: el Programa BlueCard

Con el Programa BlueCard®, los miembros pueden tener acceso a la atención urgente a través de la red de proveedores de BlueCard cuando están lejos de su hogar (los miembros pueden obtener atención urgente de cualquier proveedor, pero pagarán menos si van a un proveedor de la red BlueCard). El programa tiene reglas específicas para obtener atención que se explican en la EOC o Póliza de cada plan de salud. Más del 85% de todos los hospitales y médicos del país participan en el Programa BlueCard.

Nota: no es necesario obtener atención urgente o de emergencia únicamente por medio de los proveedores de BlueCard.

Exclusiones y limitaciones generales de los beneficios

Para todos los planes de salud de Blue Shield para individuos y familias, no se brinda ningún beneficio para lo siguiente:

1. Exámenes físicos de rutina, inmunizaciones y vacunas mediante cualquier modo de administración por razones exclusivas de viaje, licenciatura, empleo, seguro, orden judicial, o libertad condicional o bajo palabra. Esta exclusión no se aplicará a los servicios médicamente necesarios que por ley Blue Shield debe cubrir en caso de enfermedades mentales graves o trastornos emocionales infantiles graves.
2. Hospitalización principalmente para radiografías, análisis de laboratorio o cualquier otro estudio de diagnóstico para pacientes ambulatorios o para observación médica.
3. Servicios y artículos para el cuidado de los pies de rutina que no son médicamente necesarios, que incluyen la extracción de callos, el emparejamiento o la escisión de callosidades y el recorte de las uñas del pie, excepto los servicios que puedan brindarse a través de una agencia de cuidados para pacientes terminales participante; el tratamiento (excepto la cirugía) de afecciones crónicas del pie, p. ej., arcos débiles o vencidos; pie plano o pronado; dolor o calambre del pie; calzado especial necesario para las deformidades del pie (p. ej., plantillas o soportes de arco que no estén hechos a medida o que sean de venta libre), a excepción de lo específicamente incluido en Beneficios de ortótica y Beneficios de atención de la diabetes; los juanetes; el traumatismo muscular debido a un esfuerzo, o cualquier otro tipo de masajes para los pies.
4. Servicios relacionados con la hospitalización o el confinamiento en un centro para el control del dolor con el propósito de tratar o curar el dolor crónico, excepto en los casos en que los servicios puedan brindarse mediante una agencia participante de cuidados para pacientes terminales o a

través de un programa de atención paliativa ofrecido por Blue Shield.

5. Servicios a domicilio, internación o reclusión en un centro de salud principalmente destinado al descanso, el cuidado custodial, el mantenimiento o la atención domiciliaria, a excepción de lo dispuesto en Beneficios del programa de cuidados para pacientes terminales (consulte Beneficios del programa de cuidados para pacientes terminales para informarse sobre las excepciones).
6. Servicios relacionados con la enfermería privada de turno, a excepción de lo dispuesto en Beneficios de atención de la salud a domicilio, Beneficios de los servicios de infusión/de inyección a domicilio o a través de una agencia de cuidados para pacientes terminales participante.
7. Alimentos y suplementos nutritivos de venta libre o con receta, a excepción de lo dispuesto en Beneficios de los servicios de infusión/de inyección a domicilio, Beneficios de productos alimenticios especiales y preparados para lactantes relacionados con la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) o a través de una agencia de cuidados para pacientes terminales participante.
8. Audífonos.
9. Exámenes de la vista y refracciones, lentes y armazones para anteojos, opciones de lentes y tratamientos y lentes de contacto para miembros de 19 años de edad o más, y dispositivos de ayuda visual asistidos por video o equipos de aumento por video para cualquier propósito.
10. Cirugía correctiva de los errores de refracción (como la queratotomía radial y la queratoplastia refractiva, entre otras).
11. Cualquier tipo de comunicador, equipo para mejorar la voz, prótesis para la voz, equipo electrónico para generar la voz o cualquier otro dispositivo de ayuda para el habla, a excepción de lo específicamente dispuesto en Beneficios de aparatos protésicos.
12. Atención o servicios dentales relacionados con el tratamiento, la prevención o el alivio del dolor, o la disfunción de la articulación

temporomandibular y/o de los músculos de la masticación, a excepción de lo específicamente dispuesto en Beneficios de tratamiento médico de los dientes, las encías, las articulaciones de las mandíbulas o la estructura ósea mandibular y en Beneficios hospitalarios (servicios de los centros de atención).

13. Servicios y suministros destinados al tratamiento de dientes y encías, o en relación con ellos, de miembros de 19 años en adelante (excepto los tumores, la preparación de la mandíbula del miembro para la radioterapia para tratar el cáncer en la cabeza o el cuello y los servicios dentales y de ortodoncia que son una parte importante de la cirugía reconstructiva para los procedimientos de hendidura del paladar) y las estructuras periodontales relacionadas, incluidos, entre otros, los servicios de diagnóstico, preventivos, de ortodoncia y otros tales como limpieza dental, blanqueo de dientes, radiografías, imágenes, servicios de laboratorio, tratamiento tópico con flúor (excepto cuando se lo utilice junto con la radioterapia para la cavidad oral), empastes y tratamiento del conducto radicular; tratamiento de las enfermedades periodontales o cirugía periodontal por afecciones inflamatorias; extracción de dientes; implantes dentales, correctores dentales, coronas, ortosis y prótesis dentales; a excepción de lo específicamente dispuesto en Beneficios de tratamiento médico de los dientes, las encías, las articulaciones de las mandíbulas o la estructura ósea mandibular y en Beneficios hospitalarios (servicios de los centros de atención).
14. Cirugía estética, excepto el tratamiento médicamente necesario de las complicaciones resultantes (por ejemplo, infecciones o hemorragias).
15. Cirugía reconstructiva cuando hay otro procedimiento quirúrgico cubierto más apropiado o cuando la cirugía reconstructiva propuesta solo ofrece una mejoría mínima en el aspecto del miembro. Esta exclusión no se aplica a la reconstrucción de mamas cuando se hace después de una mastectomía, incluida la

- cirugía en cualquiera de las mamas para alcanzar o restaurar la simetría.
16. Tratamiento para las disfunciones o deficiencias sexuales, a menos que se brinden para el tratamiento de afecciones con base orgánica.
 17. Servicios para el tratamiento de la esterilidad o en relación con este, incluida la causa de la esterilidad, o cualquier forma de tecnología de reproducción asistida, incluidas, entre otras, la reversión de la esterilización quirúrgica o cualquier complicación que resulte de eso, a excepción del tratamiento médicamente necesario de las complicaciones médicas.
 18. Cualquier servicio relacionado con la tecnología de reproducción asistida; por ejemplo: recolección o estimulación del óvulo humano, fecundación in vitro, procedimiento de transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés), inseminación artificial (incluidos los medicamentos, las pruebas de laboratorio y los servicios de radiología relacionados), servicios o medicamentos para tratar el número bajo de espermatozoides, o servicios relacionados con o resultantes de procedimientos brindados a una madre sustituta que, de lo contrario, no es elegible para obtener acceso a la atención por embarazo y maternidad cubierta por un plan de salud de Blue Shield.
 19. Servicios relacionados con los servicios de cirugía bariátrica, a excepción de lo específicamente dispuesto en Beneficios de cirugía bariátrica.
 20. Equipo de control y dispositivos de pruebas para el hogar, excepto como se dispone específicamente en los Beneficios de equipo médico duradero.
 21. Pruebas genéticas, a excepción de lo especificado en las secciones Beneficios de radiografías, imágenes, patología y laboratorio para pacientes ambulatorios, y Beneficios de atención por embarazo y maternidad.
 22. Beneficios de salud preventiva brindados por proveedores no participantes.
 23. Servicios brindados en un hospital por funcionarios, residentes, internos y otros profesionales en formación, sin la supervisión de un médico a cargo, en colaboración con un programa de educación clínica acreditado.
 24. Servicios brindados por un familiar cercano o por un miembro que habitualmente vive en el hogar del miembro.
 25. Servicios brindados por una persona o una entidad que no tenga licencia ni certificación válidas otorgadas por el estado para brindar servicios de atención de la salud, o que no ejerza dentro del campo de aplicación de esa licencia o certificación, excepto los servicios recibidos a través del beneficio de tratamiento de salud conductual descrito en la sección Beneficios de salud mental, salud conductual y para pacientes con trastornos por el uso de sustancias adictivas.
 26. Terapia de masajes que no sea terapia física ni un componente de un plan de tratamiento de rehabilitación de modalidad múltiple.
 27. Servicios relacionados con la terapia vocacional, educativa, recreativa, de artes plásticas, de danza, de música o de lectura; programas para controlar el peso; o programas de ejercicios físicos; asesoramiento nutricional, excepto lo específicamente dispuesto en Beneficios de atención de la diabetes o Servicios de salud preventiva. Esta exclusión no se aplicará a los servicios médicamente necesarios que por ley Blue Shield debe cubrir en caso de enfermedades mentales graves o trastornos emocionales infantiles graves.
 28. Problemas de aprendizaje o de conducta, o formación/terapia de habilidades sociales, o para pruebas de inteligencia o problemas de aprendizaje. Esta exclusión no se aplicará a los servicios médicamente necesarios que por ley Blue Shield debe cubrir en caso de enfermedades mentales graves o trastornos emocionales infantiles graves.
 29. Servicios que sean de naturaleza experimental o de investigación, a

excepción de los servicios para los miembros que hayan sido aceptados para participar en un ensayo clínico aprobado, tal como se indica en Beneficios del ensayo clínico para el tratamiento de cáncer o de afecciones potencialmente mortales.

30. Fármacos, medicamentos, suplementos, pruebas, vacunas, dispositivos, materiales radioactivos y cualquier otro servicio que no pueda comercializarse legalmente sin la aprobación de la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Medicamentos y Alimentos) de los Estados Unidos, a menos que se indique lo contrario; sin embargo, los fármacos y medicamentos que hayan recibido la aprobación de la FDA para su comercialización para uno o más usos no se rechazarán cuando se los recete para un uso ajeno al indicado en la etiqueta, siempre y cuando se cumplan las condiciones dispuestas en la Sección 1367.21 del California Health & Safety Code (Código de Salud y Seguridad de California).
31. Suministros o equipos médicos de venta sin receta (de venta libre), como monitores de saturación de oxígeno, rodilleras ortopédicas profilácticas y sillas de baño, que se pueden comprar sin la receta de un proveedor autorizado (aunque un proveedor autorizado expida una receta para un artículo de venta libre), con excepción de lo dispuesto específicamente en las secciones Beneficios de salud preventiva, Beneficios de atención de la salud a domicilio, Beneficios de infusión/de inyección a domicilio, Beneficios del programa de cuidados para pacientes terminales, Beneficios de atención de la diabetes, Beneficios de equipos médicos duraderos y Beneficios de aparatos protésicos.
32. Artículos para la comodidad del paciente, como teléfonos, televisores, bandejas para huéspedes y artículos de higiene personal.
33. Suministros desechables de uso hogareño, como apósitos, gasa, cinta adhesiva, antisépticos, vendajes, vendas elásticas, y pañales, empapadores y otros suministros para la incontinencia, con excepción de lo específicamente dispuesto en las secciones

Beneficios de equipos médicos duraderos, Beneficios de atención de la salud a domicilio, Beneficios del programa de cuidados para pacientes terminales o Beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.

34. Servicios por los que el miembro no tiene la obligación legal de pagar o servicios por los que no se cobra cargo alguno.
35. Servicios relacionados con cualquier lesión o enfermedad que ocurra durante un empleo, o como consecuencia de este, por el que se percibe un salario, sueldo o ganancia, en caso de que esa lesión o enfermedad se encuentre cubierta por alguna ley de compensación por accidentes de trabajo, ley sobre enfermedades del trabajo u otra legislación semejante. Sin embargo, si Blue Shield paga por estos servicios, podrá establecer un derecho de retención sobre otros beneficios hasta la cantidad abonada por Blue Shield para el tratamiento de esa lesión o enfermedad.
36. Manipulación y ajuste de la columna vertebral, con excepción de lo específicamente dispuesto en Beneficios profesionales (del médico) (que no sean beneficios de salud mental, de salud conductual y para pacientes con trastornos por el uso de sustancias adictivas), en la sección Beneficios del plan.
37. Servicios de traslado distintos a los dispuestos en Beneficios de ambulancia, en la sección Beneficios del plan.
38. Servicios de salud mental y tratamiento de salud conductual para pacientes internados y otros pacientes ambulatorios, y servicios para pacientes ambulatorios con trastornos por el uso de sustancias adictivas, a menos que estén autorizados por el MHSA.
39. Medicamentos despachados por un médico o por el consultorio de un médico para uso ambulatorio.
40. Servicios que no estén expresamente listados como beneficio. Esta exclusión no se aplicará a los servicios médicamente necesarios que por ley Blue Shield debe

cubrir en caso de enfermedades mentales graves o trastornos emocionales infantiles graves.

Otros servicios excluidos de los planes Trio HMO

Además de las exclusiones indicadas anteriormente, el plan Trio HMO no brinda beneficios para lo siguiente:

1. Servicios, incluso los servicios de cuidados para pacientes terminales brindados por una agencia participante de cuidados para pacientes terminales, no brindados, recetados, referidos o autorizados como se describe aquí, a excepción de las visitas de Trio+ Specialist, los servicios de OB/GYN brindados por un obstetra/ginecólogo o médico familiar del mismo grupo médico/IPA que el médico de atención primaria, los servicios de emergencia o los servicios urgentes, como se dispone en Beneficios de la sala de emergencias y Beneficios de servicios urgentes, en la sección Beneficios del plan.

Exclusiones y limitaciones generales de la cobertura de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

No se ofrecen beneficios conforme al Beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a menos que cumplan los requisitos estipulados en la EOC (consulte la sección Beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios) y sean recetados por el médico del miembro. (Tenga en cuenta que determinados servicios excluidos a continuación pueden estar cubiertos conforme a otros beneficios). Consulte la sección correspondiente de la EOC/Póliza para determinar si los medicamentos están cubiertos según esos beneficios). No se brindan beneficios para lo siguiente:

1. Cualquier medicamento que el miembro recibe mientras está internado o se encuentra en el consultorio de un médico, en un centro de enfermería especializada o en un centro de atención para pacientes ambulatorios. Consulte las secciones Beneficios profesionales (del médico) y

Beneficios hospitalarios (servicios de los centros de atención), de la EOC/Póliza.

2. Medicamentos para llevar al hogar que se hayan recibido de un hospital, un centro de enfermería especializada o un centro similar. Consulte las secciones Beneficios hospitalarios y Beneficios de un centro de enfermería especializada, de la EOC/Póliza.
3. Medicamentos que están disponibles sin la necesidad de una receta (son de venta libre), incluidos los medicamentos para los que hay un medicamento de venta libre que posee el mismo ingrediente activo y la misma dosis que el medicamento recetado, a menos que se indiquen como cubiertos bajo este beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
4. Medicamentos que no están incluidos en el formulario. Es posible que se cubran estos medicamentos si son medicamento necesarios y si se obtiene autorización previa de Blue Shield. Consulte la sección de esta Evidencia de cobertura titulada Proceso de solicitud de excepciones/autorización previa.
5. Medicamentos por los que el miembro no tiene la obligación legal de pagar o por los que no se cobra cargo alguno.
6. Medicamentos que se consideran experimentales o de investigación.
7. Suministros o dispositivos médicos, excepto lo que se indica como cubierto en el presente documento. Consulte las secciones Beneficios de aparatos protésicos, Beneficios de equipo médico duradero y Beneficios de ortótica, de su EOC/Póliza. Esta exclusión también abarca los preparados recetados de aplicación tópica que están aprobados por la FDA como dispositivos médicos.
8. Sangre o productos de la sangre. Consulte la sección de la EOC/Póliza titulada Beneficios hospitalarios (servicios de los centros de atención).
9. Los medicamentos que se recetan con fines estéticos. Esto incluye los medicamentos utilizados para retrasar o revertir los efectos

del envejecimiento de la piel o para tratar la pérdida del cabello, entre otros.

10. *Alimentos medicinales y productos alimenticios o nutritivos. Consulte las secciones Atención de la salud a domicilio, Beneficios de infusión/ de inyección a domicilio y Beneficios de productos alimenticios especiales y preparados para lactantes relacionados con la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés), de la EOC/Póliza.*
11. Cualquier medicamento que no se considere seguro para la autoadministración. Estos medicamentos pueden estar cubiertos conforme a las secciones Beneficios de atención de la salud a domicilio, Beneficios de infusión/de inyección a domicilio, Beneficios del programa de cuidados para pacientes terminales y Beneficios de planificación familiar, de la EOC/Póliza.
12. Todos los medicamentos para el tratamiento de la esterilidad.
13. Supresores del apetito o medicamentos para la pérdida de peso. Estos medicamentos pueden tener cobertura si son médicamente necesarios para el tratamiento de la obesidad mórbida. En estos casos, se necesita autorización previa de Blue Shield.
14. Dispositivos o medicamentos anticonceptivos que no cumplen con todos estos requisitos: (1) estar aprobados por la FDA, (2) estar ordenados por un médico o proveedor de atención de la salud, (3) ser comprados generalmente en una farmacia para pacientes ambulatorios y (4) ser autoadministrables.
15. Medicamentos compuestos que no cumplen con todos estos requisitos: (1) incluyen al menos un medicamento, (2) no hay una o más alternativas médicamente apropiadas ni aprobadas por la FDA disponibles comercialmente, (3) son autoadministrables y (4) hay bibliografía médica que avala su uso para el diagnóstico requerido.
16. Reemplazo de medicamentos perdidos, robados o destruidos.
17. Si el miembro se inscribe en un programa de cuidados para pacientes terminales a través de una agencia participante de cuidados para pacientes terminales, los medicamentos que son médicamente necesarios para aliviar y controlar las enfermedades terminales y las afecciones relacionadas. Estos medicamentos están excluidos de la cobertura conforme a la sección Beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, y están cubiertos según se describe en la sección Beneficios del programa de cuidados para pacientes terminales, de la Evidencia de cobertura.
18. Medicamentos recetados para el tratamiento de afecciones dentales. Esta exclusión no se aplicará (1) a los antibióticos recetados para tratar una infección, (2) a los medicamentos recetados para tratar el dolor ni (3) al tratamiento farmacológico relacionado con los procedimientos quirúrgicos para afecciones que afectan al maxilar superior/inferior o a las articulaciones óseas relacionadas.
19. Medicamentos que se obtienen de una farmacia no autorizada por la State Board of Pharmacy (Consejo Estatal de Farmacias) o incluidos en una lista de exclusión del Gobierno, a menos que sea una emergencia cubierta.
20. Inmunizaciones y vacunaciones únicamente con fines de viajes.
21. *Medicamentos empaquetados en prácticos kits que incluyen artículos de venta sin receta destinados a la comodidad personal, a menos que el medicamento no esté disponible sin esos artículos. Esta exclusión no se aplicará a los artículos utilizados para la administración de medicamentos contra la diabetes o el asma.*
22. Medicamentos recetados reempaquetados (medicamentos que son reempaquetados por una entidad que no es el fabricante original).

Otros medicamentos excluidos de la cobertura de medicamentos recetados

para pacientes ambulatorios de Trio HMO

Blue Shield no brinda la cobertura de los beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de planes HMO en el siguiente caso. El miembro puede recibir cobertura para determinados servicios que se excluyen a continuación y que corresponden a otros beneficios. Consulte la sección Exclusiones y limitaciones generales de la cobertura de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, que se encuentra más arriba, y las secciones correspondientes de la Evidencia de cobertura y acuerdo de servicios de salud, para determinar si el plan cubre los medicamentos según esos beneficios.

1. Medicamentos que se obtienen en una farmacia no participante. Esta exclusión no se aplica a los medicamentos obtenidos para una emergencia cubierta. Tampoco se aplica a los medicamentos obtenidos para un servicio que se necesita con urgencia, para los que no se puede obtener acceso razonablemente a una farmacia participante.

Nota: Tenga en cuenta que el formulario de medicamentos de Blue Shield es una lista elaborada por el Comité de Farmacia y Terapéutica de Blue Shield, que incluye los medicamentos genéricos y de marca preferidos. Está pensada para ayudar a los médicos y proveedores de atención de la salud a recetar medicamentos que sean médicamente necesarios y económicos. El formulario se actualiza periódicamente. Los miembros deben presentar siempre su tarjeta de identificación de Blue Shield para obtener beneficios en una farmacia participante (de la red). A excepción de las emergencias cubiertas, los medicamentos recetados que se adquieran en farmacias no participantes no tienen cobertura. Llame al **(800) 351-2465** para averiguar si un medicamento específico forma parte del formulario de medicamentos de Blue Shield o para pedir una copia del formulario. Para obtener la información más actualizada, puede consultar el formulario en el sitio web de Blue Shield, blueshieldca.com.

Exclusiones y limitaciones específicas de los planes

dentales infantiles

1. Servicios dentales que superen los límites especificados en la sección Limitaciones, de la EOC.
2. Servicios dentales que se reciben en un entorno de atención de emergencia debido a afecciones que no tienen carácter de emergencia, en los casos en que el miembro razonablemente reconozca que no hay una situación de emergencia.
3. Cargos hospitalarios de cualquier tipo.
4. Pérdida o robo de dentaduras postizas o puentes.
5. Extracción quirúrgica de implantes.
6. Servicios brindados por un dentista infantil/pedodontista a un miembro, excepto cuando un miembro menor de edad no puede ser tratado por su proveedor dental, cuando los tratamientos son una necesidad dental o su proveedor dental es un dentista infantil/pedodontista.
7. La ortodoncia que no se considera médicamente necesaria no es un beneficio cubierto.
8. Tratamiento de una oclusión dental defectuosa que no cause dificultades para masticar, hablar o el funcionamiento dental general.
9. Tratamiento en progreso (después de la colocación de las bandas) al comienzo de la elegibilidad.
10. Servicios de ortodoncia quirúrgicos (incluye la extracción de dientes) relacionados con el tratamiento de ortodoncia.
11. Terapia miofuncional.
12. Cambios en el tratamiento que se necesita por un accidente.
13. Tratamiento por trastorno o disfunción de la articulación temporomandibular.
14. Aparatos de ortodoncia especiales, incluidos, entre otros, los alineadores Invisalign, correctores dentales linguales o invisibles,

correctores dentales de zafiro o transparentes, o correctores dentales de cerámica, que se consideran estéticos.

15. Reemplazo de aparatos por pérdida o robo, o su reparación si el ortodoncista no es responsable de su rotura.
16. Reembolso de cualquier servicio después de los 24 meses de tratamiento por el que no se ha presentado una reclamación.
17. En caso de que un miembro pierda la cobertura por alguna razón, si en el momento de la pérdida de cobertura el miembro todavía recibe tratamiento de ortodoncia dentro del período de tratamiento de 24 meses, el miembro, en lugar del administrador del plan dental, será responsable de pagar el resto del costo de facturación del ortodoncista participante por ese tratamiento; esa cantidad restante se calculará de manera proporcional a la cantidad de meses restantes.

Limitaciones específicas:

1. Las restauraciones están limitadas de la siguiente manera:
 - a) Restauraciones de amalgama, resina compuesta, acrílico, material sintético o plástico para el tratamiento de caries. Si es posible restaurar el diente con esos materiales, cualquier otra restauración, como la corona o funda, se considera opcional.
 - b) Las restauraciones con resina compuesta o acrílico en dientes posteriores se consideran servicios opcionales y, si se brindan, se pagará la tarifa equivalente de restauración con amalgama.
 - c) Se aprueban las restauraciones con resina de microrrelleno que no tienen fines estéticos.
 - d) El reemplazo de una restauración tiene cobertura únicamente cuando es defectuosa, según lo muestran afecciones tales como caries o fracturas recurrentes, y cuando el reemplazo es dentalmente necesario.
2. La cirugía bucodental está limitada de la siguiente manera:
 - a) La extracción quirúrgica de dientes impactados es un servicio cubierto únicamente cuando hay evidencia de patología.
3. Endodoncia: El retratamiento de conductos radiculares es un servicio cubierto únicamente si hay signos clínicos o radiográficos que determinen la formación de absceso y/o si el paciente experimenta síntomas. La extracción o el retratamiento de puntos de plata, sobreobturaciones, subobturaciones, obturaciones incompletas o instrumentos rotos alojados en un canal, en ausencia de patología, no es un servicio cubierto.
4. Periodoncia: El raspado periodontal, el alisado radicular y el curetaje subgingival se limitan al tratamiento de cinco cuadrantes en cualquier periodo de 12 meses consecutivos.
5. Coronas y puentes fijos. Se aprueban cinco unidades de corona o puente en cada arco. A partir de la sexta unidad, el tratamiento se considera reconstrucción completa de la boca.
 - a) Las coronas incluyen aquellas fabricadas de acrílico, metal y acrílico, porcelana, metal y porcelana, completamente de metal, recubiertas en oro o corona tres cuartos y de acero inoxidable. También se incluyen las constituciones de espigas y las espigas relacionadas. Las coronas se limitan de la siguiente manera:
 - i. El reemplazo de cada unidad se limita a una vez cada 36 meses consecutivos, salvo que la corona ya no sea funcional, según lo determine el administrador del plan dental.
 - ii. Únicamente las coronas de acrílico y las coronas de acero inoxidable son un beneficio para niños menores de 12 años de edad. Si se eligen otros tipos de coronas como beneficio opcional para niños menores de 12 años de edad, el nivel de beneficio dental con cobertura será el de una corona acrílica.
 - iii. Las coronas estarán cubiertas solo si no hay suficiente calidad retentiva en el diente para recibir un empaste. Por ejemplo, si las paredes bucales o linguales están fracturadas o cariadas de

tal manera que no podrán sostener un empaste.

- iv. Los revestimientos posteriores al segundo bicúspide se consideran opcionales. Se aprobará una corona completa de metal fundido.
- b) Los puentes fijos, que son de porcelana fundida con metal o de plástico procesado en oro, están limitados de la siguiente manera:
 - i. Se utilizarán puentes fijos únicamente cuando un puente parcial no pueda solucionar de manera satisfactoria el problema. Si se utilizan puentes fijos cuando un puente parcial podría solucionar el problema de forma satisfactoria, esto se considerará un tratamiento opcional.
 - ii. Un puente fijo tiene cobertura cuando es necesario para reemplazar un diente anterior permanente faltante en una persona de 16 años de edad o más y cuando la salud bucodental y la situación dental general del paciente lo hacen posible. En menores de 16 años, se considera tratamiento dental opcional. Si se hace en un miembro menor de 16 años, el solicitante debe pagar la diferencia del costo entre el puente fijo y un separador.
 - iii. Los puentes fijos utilizados para reemplazar dientes posteriores faltantes se consideran opcionales cuando los dientes pilares se encuentran sanos y serían coronados solo para propósitos de apoyo del pónico.
 - iv. Los puentes fijos son opcionales cuando se utilizan con una dentadura postiza parcial en el mismo arco.
 - v. El reemplazo de un puente fijo existente solo tiene cobertura cuando no puede mejorarse mediante reparación.
- 6. Prótesis removibles.
 - a. Las dentaduras postizas (maxilar completa, mandibular completa, superior parcial, inferior parcial, dientes, ganchos y reductores de presión) están limitadas de la siguiente manera:
 - i. Las dentaduras postizas parciales no se sustituirán en un plazo de 36 meses consecutivos, a menos que (1) sea necesario debido a la pérdida de dientes naturales, cuando no es posible agregar o reemplazar dientes en la dentadura postiza parcial existente, o (2) la dentadura postiza se encuentre en mal estado y no pueda mejorarse.
 - ii. Los beneficios de las dentaduras postizas parciales se limitan a los cargos de una dentadura postiza de metal fundido de cromo o acrílico, si esto restaura satisfactoriamente un arco. Si el paciente y el dentista eligen un aparato más elaborado o preciso y no es necesario sustituir satisfactoriamente un arco, el paciente será responsable de todos los cargos adicionales.
 - iii. Una dentadura postiza parcial removible se considera una restauración adecuada de un caso cuando hay dientes faltantes en ambos lados del arco dental. Otros tratamientos de esos casos se consideran opcionales.
 - iv. Las dentaduras postizas superiores y/o inferiores completas no se reemplazarán en un plazo de 36 meses consecutivos, a menos que la dentadura postiza existente se encuentre en mal estado y no pueda mejorarse mediante una reparación o realineación.
 - v. Los beneficios de las dentaduras postizas completas se limitarán al nivel de beneficio de un procedimiento estándar. Si el paciente y el dentista eligen un tratamiento más personalizado o especializado, el solicitante será responsable de todos los cargos adicionales.
 - b. Las reparaciones de base o los revestimientos en el consultorio o en el laboratorio se limitan a uno por arco en cualquier período de 12 meses consecutivos.
 - c. El acondicionamiento de tejidos se limita a dos por dentadura postiza.
 - d. Los implantes se consideran un servicio opcional.

- e. Las prótesis provisionales son un servicio cubierto únicamente cuando se utilizan como separadores de espacio anteriores en niños.

Limitaciones y exclusiones de ortodoncia para el plan dental infantil

El tratamiento de ortodoncia médicamente necesario se limita a las siguientes situaciones relacionadas con cualquier problema médico identificable. Se debe hacer un examen de ortodoncia inicial (D0140) que se denomina Evaluación Bucodental Limitada. Este examen implica completar y presentar la Planilla del Índice de Desviación Labio-lingual Invalidante (HLD, por sus siglas en inglés) junto con el Formulario de pedido de referencia a una especialidad. La Planilla del Índice de HLD es la herramienta de medición preliminar que se utiliza para determinar si el paciente califica para recibir los servicios de ortodoncia médicamente necesarios.

Estos son los problemas que califican inmediatamente:

1. Labio leporino y/o deformidades en el paladar.
2. Anomalías craneofaciales, que incluyen: síndrome de Crouzon, síndrome de Treacher Collins, síndrome de Pierre Robin, atrofia hemifacial, hipertrofia hemifacial y otras malformaciones craneofaciales severas que generen una oclusión dental defectuosa físicamente invalidante, según lo que determinen nuestros consultores dentales.
3. Sobremordida de impacto profundo, donde los incisivos inferiores lastiman el tejido blando del paladar y donde la laceración del tejido y/o la pérdida de inserción clínica están presentes. (El simple contacto no se considera sobremordida de impacto profundo).
4. Mordida cruzada de los dientes anteriores individuales cuando están presentes la pérdida de inserción clínica y la recesión del margen gingival (por ejemplo, desgarramiento del tejido gingival labial sobre los incisivos inferiores). El tratamiento de

mordida cruzada bilateral posterior no es un beneficio del programa.

5. Una desviación traumática severa se debe justificar incluyendo una descripción del problema.
6. Sobremordida horizontal mayor a 9 mm o protrusión mandibular (sobremordida horizontal invertida) mayor a 3.5 mm.

Las afecciones restantes deben sumar 26 puntos o más para calificar (según el Índice de HLD).

Se excluyen las siguientes afecciones:

- Dentadura mal alineada (dientes torcidos).
- Espacio excesivo entre dientes.
- Afecciones de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés) y/o discrepancias horizontales/verticales (sobremordidas).
- Tratamiento en curso anterior a la fecha de comienzo de esta cobertura.
- Extracciones necesarias con fines de ortodoncia.
- Servicios de ortodoncia quirúrgicos o reposicionamiento mandibular.
- Terapia miofuncional.
- Macroglosia.
- Desequilibrios hormonales.
- Retratamiento de ortodoncia cuando el tratamiento inicial se brindó bajo este plan, o para cambios en el tratamiento de ortodoncia necesario para cualquier tipo de accidente.
- Aparatos de expansión palatina.
- Servicios brindados por laboratorios externos.
- Reparación o reemplazo de aparatos perdidos, robados o rotos/dañados debido a una negligencia del miembro.

Exclusiones y limitaciones generales de los planes de la vista infantiles de Blue Shield

1. Ortóptica o entrenamiento visual, dispositivos para la visión subnormal o lentes de venta sin receta para anteojos cuando no se indican cambios en la receta.
2. Reemplazo o reparación de lentes o armazones por pérdida o rotura, excepto en los casos dispuestos en la Póliza.
3. Cualquier examen de la vista exigido por un empleador como condición de empleo.
4. Tratamientos médicos o quirúrgicos de los ojos.
5. Lentes de contacto, excepto lo específicamente dispuesto.
6. Servicios relacionados con cualquier lesión o enfermedad que ocurra durante un empleo, o como consecuencia de este, por el que se percibe un salario, sueldo o ganancia, en caso de que esa lesión o enfermedad se encuentre cubierta por alguna ley de compensación por accidentes de trabajo, ley sobre enfermedades del trabajo u otra legislación semejante. Sin embargo, si Blue Shield paga estos servicios, podrá establecer un derecho de retención sobre otros beneficios hasta la cantidad que pagó Blue Shield por el tratamiento de esa lesión o enfermedad.
7. Servicios exigidos por cualquier programa o agencia del Gobierno, federal o estatal, o subdivisión relacionada.
8. Servicios y materiales por los que el miembro no tiene la obligación legal de pagar o servicios o materiales por los que no se cobra cargo alguno.
9. Servicios que no estén expresamente listados como beneficio.
10. El beneficio de examen completo no incluye las tarifas por evaluación y ajustes para lentes de contacto.

beneficios médicos de los planes de salud de Blue Shield:

- Los beneficios de los planes dentales PPO, HMO y Specialty Duo no están sujetos a los requisitos de deducibles o del deducible médico y de farmacias integrado del plan de salud, y no se acumulan para el copago/coseguro máximo por año civil del plan de salud.
- El DPA de Blue Shield administrará los beneficios dentales de los planes dentales PPO y HMO.
- Si usted o Blue Shield cancelan su cobertura dental por alguna razón, usted puede pedir la rehabilitación.
- Puede tener acceso a un Directorio de dentistas participantes en el sitio web de Blue Shield, **blueshieldca.com**; para ello, haga clic en la sección Find A Provider (Buscar un proveedor). También puede obtener los nombres de los dentistas participantes de su área comunicándose con el DPA al **(888) 679-8928**.
- Para los planes dentales PPO y Specialty Duo:
 - El plan dental PPO de Blue Shield of California está específicamente diseñado para que utilice dentistas participantes. Los dentistas participantes aceptan el pago del DPA, más su pago de los deducibles y copagos que correspondan, como pago total por los servicios cubiertos. Esto no se aplica a los dentistas no participantes.
 - Si se atiende con un dentista no participante, se le reembolsará hasta la cantidad máxima predeterminada por los servicios cubiertos. Su reembolso puede ser bastante menor que la cantidad facturada. El suscriptor es responsable de pagar todas las diferencias entre la cantidad que le reembolsan y la cantidad facturada por los dentistas no participantes. Por lo tanto, a usted le conviene obtener servicios dentales de dentistas participantes.
 - Los proveedores participantes presentan las reclamaciones de pago después de que se hayan brindado los servicios. Estos pagos se envían directamente al proveedor participante. Usted o sus proveedores no participantes presentan las reclamaciones

Planes dentales de Blue Shield

Información del plan dental

Los beneficios de los planes dentales PPO, HMO y Specialty Duo^{SM*} son independientes de los

por reembolsos después de que se hayan brindado los servicios. Si recibe servicios de proveedores no participantes, tiene la opción de que los pagos sean enviados directamente al proveedor no participante o a usted. El DPA le informará la determinación en un plazo de 30 días después de haber recibido la reclamación.

- Para los planes dentales HMO:

- El plan dental HMO de Blue Shield of California tiene contrato con el DPA para que brinde servicios a nuestros miembros. Se paga al DPA una tarifa mensual por cada miembro. Este sistema de pago incluye incentivos para el DPA para que administre todos los servicios cubiertos que brinda a los miembros de manera adecuada y en conformidad con este contrato. Si desea obtener más información sobre este sistema de pago, comuníquese con el Servicio para Miembros de planes dentales al **(888) 679-8928** o con el proveedor de su plan.
- El DPA es responsable de brindar los servicios cubiertos y/o referir al miembro a los proveedores y especialistas del plan. Su proveedor dental debe obtener la autorización del DPA antes de referirlo a los proveedores que se encuentran fuera del centro dental.
- Usted o un dependiente pueden cambiar de proveedores dentales sin causa justificada en los siguientes casos:
 1. Cuando el cambio de domicilio de su casa o de su trabajo no deja que usted o un dependiente sigan con el mismo proveedor dental.
 2. Una (1) vez más durante el año civil.

Si desea cambiar de proveedor dental en cualquiera de los casos anteriores, puede llamar al Servicio para Miembros de planes dentales al **(888) 679-8928**. Antes de cambiar de proveedor dental, debe pagar cualquier saldo pendiente de copagos que le deba a su proveedor dental actual. El cambio empezará el primer día del mes siguiente al aviso de aprobación por parte del plan.

- El proveedor dental debe brindar o coordinar todos los servicios de atención dental especializados. La referencia por parte de un proveedor dental no garantiza la cobertura de los servicios por los que el miembro es referido. Se aplicarán el beneficio y las limitaciones, exclusiones y disposiciones de elegibilidad. Es posible referir a los miembros a un especialista del plan dentro del centro dental. Sin embargo, también se lo puede referir a un especialista del plan fuera del centro dental si el tipo de servicio de especialistas que necesita no se encuentra disponible en su centro dental.
- Si el proveedor dental determina que los servicios de atención dental especializada son necesarios, completarán un formulario de referencia y, después, usted podrá organizar una cita con el especialista. Cuando no haya ningún proveedor del plan disponible para brindar el servicio que usted necesita, el proveedor dental lo referirá a un proveedor que no forma parte del plan después de obtener autorización del DPA. Su proveedor dental se encarga de gestionar este procedimiento de autorización para usted.

Exclusiones y limitaciones generales de los planes dentales

Para todos los planes dentales de Blue Shield, incluido el plan dental Specialty Duo*

A continuación, se brinda un resumen de los servicios y suministros que no están cubiertos por los planes dentales de Blue Shield. Si desea obtener una lista completa de las exclusiones y limitaciones de la cobertura dental, consulte la EOC/Póliza de su plan dental.

Exclusiones generales

1. Servicios que no se indican como cubiertos en la EOC, la Póliza o el Resumen de beneficios del miembro.

2. Servicios que deberá pagar el plan de salud de Blue Shield del miembro.
3. Servicios que empezaron antes de la fecha de comienzo de la cobertura del paciente.
4. Servicios o suministros brindados en un hospital o en cualquier otro lugar que no sea un consultorio dental.
5. Servicios innecesarios, de investigación, experimentales, estéticos u optativos; servicios cuyo pronóstico no es favorable, según lo determine el administrador del plan dental.
6. Servicios brindados por un familiar cercano o alguna persona que viva en el hogar del miembro; servicios por los que el miembro no está obligado a pagar o servicios brindados sin cargo alguno.
7. Servicios pagados por una agencia del Gobierno.
8. Implantes, excepto cuando están cubiertos en planes específicos.
9. Vestibuloplastia, cirugía ortognática, tratamiento de fracturas mandibulares o síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés).
10. Tratamiento de anomalías congénitas o malformaciones del desarrollo.
11. Tratamiento de cánceres, quistes, tumores y neoplasias.
12. Terapia miofuncional, procedimientos de biorregulación, protectores bucales deportivos, acoplamiento de precisión o semiprecisión, y duplicación de dentadura postiza.
13. Tratamiento de lesiones accidentales o autoinfligidas, incluida la estabilización de fracturas y luxaciones; se considera como lesión accidental a un problema o una lesión provocados por un medio externo, violento o accidental, en vez de ocasionada por una enfermedad dental (por ejemplo, una lesión causada por una caída o un accidente automovilístico).
14. Anestesia general o sedación intravenosa o por inhalación, a menos que sea médicamente necesaria.
15. Medicamentos recetados o no recetados.
16. Reemplazo de aparatos (dentaduras postizas, separadores, coronas, etc.) por pérdida o robo en un plazo de cinco años desde la colocación.
17. Extracción de muelas del juicio, a menos que se trate de una necesidad dental.
18. Cualquier servicio que Blue Shield o el administrador del plan dental determinen que no es una necesidad dental conforme a lo descrito en la EOC, la Póliza o el Resumen de beneficios.
19. Servicios dentales temporales. Los cargos por servicios dentales temporales se consideran una parte importante del servicio dental final y no se cobrarán por separado.
20. Ferulización periodontal de dientes con cualquier método, incluidos, entre otros, coronas, empastes, aparatos o cualquier otro método que se utilice para inmovilizar o unir dientes.
21. Servicios brindados por una persona o una entidad que no tenga licencia ni certificación otorgada por el estado para brindar servicios de atención de la salud o que no ejerza dentro del campo de aplicación de esa licencia o certificación, excepto lo expresamente establecido en el presente documento.
22. Cualquier servicio, procedimiento o suministro cuyo pronóstico de éxito a largo plazo no sea razonablemente favorable, según lo determinen un administrador del plan dental contratado y sus consultores dentales.
23. Servicios y/o aparatos que alteren la dimensión vertical, incluidos, entre otros, la rehabilitación bucal completa; la ferulización; los empastes para restaurar la estructura dental perdida por el desgaste, la erosión o

la abrasión; aparatos o cualquier otro método.

24. Procedimientos principalmente estéticos, como el blanqueo dental, la colocación de carillas dentales, las coronas, el uso de porcelana en las coronas de los molares, la personalización o caracterización de las coronas, los puentes y/o las dentaduras postizas.
25. Cargos por análisis de bacterias y saliva cuando se hacen los procedimientos de control de caries D0601, D0602 y D0603.

Limitaciones generales

1. El examen bucal periódico, la profilaxis de rutina, el tratamiento con flúor, las radiografías de aleta de mordida (máximo de cuatro por caso) y las recementaciones (si la corona fue brindada por otro dentista que no es el original; no es elegible si el dentista hace la recementación de un servicio que haya brindado dentro de un período de 12 meses) son servicios que están cubiertos cada 6 meses.
2. La realineación (completa o parcial) de dentaduras postizas y las pruebas de detección de cáncer bucal (beneficio que solo se aplica a los planes dentales PPO y Specialty Duo*) son servicios que están cubiertos cada 12 meses.
3. La cirugía de membrana gingival por cuadrante, los moldes de yeso para diagnóstico, los selladores y los protectores oclusales son servicios cubiertos cada 24 meses.
4. El desbridamiento bucal completo, la cirugía mucogingival por área, la cirugía ósea por cuadrante, la gingivectomía por cuadrante, la gingivectomía por diente, los injertos óseos con fines periodontales, la regeneración tisular guiada con fines periodontales, las radiografías seriadas de la boca completa y las radiografías panorámicas son servicios que están cubiertos cada 36 meses.
5. Las coronas y los recubrimientos individuales; las reconstituciones simples de perno muñón; la reconstitución de coronas, incluidas las espigas; el perno muñón prefabricado; el

perno muñón colado, además de la corona; las dentaduras postizas completas; las dentaduras postizas parciales; los pónicos (de puentes) de dentaduras postizas parciales fijas; los pilares (de puentes) de dentaduras postizas parciales fijas, las reconstituciones de perno muñón de puentes y los moldes de yeso para diagnóstico son servicios cubiertos cada cinco años.

6. Los separadores solo son elegibles para los miembros de hasta 15 años de edad (para los planes dentales PPO y Specialty Duo) o de hasta 11 años de edad (para los planes dentales HMO y Enhanced Dental HMO \$0) cuando se utilizan para mantener el espacio debido a la pérdida prematura de los primeros y segundos molares temporales o cuando los primeros molares permanentes no han salido o no saldrán nunca.
7. Los selladores solo son elegibles para los miembros de hasta 15 años de edad (para el plan dental HMO) o de hasta 11 años de edad (para los planes dentales PPO y Specialty Duo) en los primeros y segundos molares permanentes; se brinda uno por diente cada dos años.
8. Los servicios de cirugía bucodental se limitan a la extracción de dientes, la preparación de la boca para las dentaduras postizas, la frenectomía y el alargamiento de corona.
9. Se puede aplicar una disposición sobre beneficios alternativos (ABP, por sus siglas en inglés) si un problema dental se puede tratar mediante un procedimiento profesionalmente aceptable que sea menos costoso que el tratamiento recomendado por el dentista. Por ejemplo, se puede aplicar un beneficio alternativo de una dentadura postiza parcial cuando hay dientes faltantes bilateralmente o cuando faltan más de tres dientes en un cuadrante o en la región anterior. La ABP no compromete al miembro a someterse al tratamiento menos costoso. Sin embargo, si el miembro y el dentista eligen el tratamiento más costoso, el miembro es responsable de pagar los cargos adicionales que superen los permitidos por la ABP.

10. La sedación general intravenosa o por inhalación tiene cobertura en los siguientes casos:
 - A. Tres o más extracciones quirúrgicas.
 - B. Una o más impactaciones.
 - C. Alveoloplastia de arco o de boca completa.
 - D. Recuperación de extracción quirúrgica de raíces por los senos nasales.
 - E. Problema médico que contraindique la anestesia local.
 - F. Niños menores de siete (7) años de edad.

(La sedación general o intravenosa no es un beneficio cubierto por razones de odontofobia).

11. Las restauraciones, las coronas, las incrustaciones y los recubrimientos tienen cobertura únicamente si son necesarios para el tratamiento por enfermedad o fractura accidental de los dientes.
12. Se cubre un solo tratamiento de conducto radicular por diente durante la vida del asegurado.
13. Se cubre un solo retratamiento de conducto radicular por diente durante la vida del asegurado.
14. La terapia pulpar está cubierta hasta los 5 años de edad en los dientes anteriores primarios y hasta los 11 años de edad en los dientes posteriores primarios.
15. En el caso de las cirugías mucogingivales, un sitio equivale a dos dientes consecutivos o espacios unidos.
16. El raspado y el alisado radicular se cubren una vez por cada uno de los cuatro cuadrantes de la boca en un período de 24 meses. El raspado y el alisado radicular están limitados a dos cuadrantes de la boca por visita.
17. La tomografía computada de haz cónico (D0367) solo es un beneficio al colocar un

implante. Este procedimiento no puede emplearse para ortodoncia ni periodoncia. Este es un beneficio que se obtiene una sola vez en la vida y se limita a la proyección de la mandíbula superior e inferior solamente.

18. Usted debe tener 21 años o más para ser elegible para obtener los beneficios de implantes dentales a raíz del crecimiento y desarrollo permanentes de las mandíbulas y la parte central del rostro. Si faltan dientes en ambos lados de la boca, o si faltan más de tres (3) dientes en un cuadrante o en la región anterior, el miembro obtendrá un beneficio alternativo de una dentadura postiza parcial. Si el miembro elige un procedimiento diferente, el pago se basará en el beneficio de la dentadura postiza.

Exclusiones y limitaciones específicas de los planes dentales HMO

Además de las exclusiones generales enumeradas previamente en esta sección, se aplican las siguientes exclusiones:

1. Servicios que no hayan sido brindados, recetados ni autorizados por el proveedor dental del miembro, salvo que hayan sido autorizados por el plan o que resulten necesarios para una emergencia, según lo estipulado en el contrato.
2. Metales preciosos.
3. Servicios de especialistas en prótesis dentales y procedimientos de restauración protésica fija para la rehabilitación o reconstrucción bucodental completa.
4. Segundas opiniones no autorizadas.
5. Visitas a domicilio para obtener servicios dentales.
6. Implantes dentales (Enhanced Dental HMO \$0 solamente): inserción y/o extracción quirúrgica, trasplantes, aumento de cresta, preservación de los alvéolos, y cualquier aparato y/o corona relacionados con los implantes.

7. Duplicados de dentaduras postizas, dispositivos protésicos o cualquier otro aparato.
8. Tratamiento de una oclusión dental defectuosa que no cause dificultades para masticar, hablar o el funcionamiento dental general.
9. Tratamiento en progreso (después de la colocación de las bandas) al comienzo de la elegibilidad.
10. Servicios de ortodoncia quirúrgicos (incluye la extracción de dientes) relacionados con el tratamiento de ortodoncia.
11. Terapia miofuncional.
12. Cambios en el tratamiento que se necesita por un accidente.
13. Tratamiento por trastorno o disfunción de la articulación temporomandibular.
14. Aparatos de ortodoncia especiales, incluidos, entre otros, los alineadores Invisalign, correctores dentales linguales o invisibles, correctores dentales de zafiro o transparentes, o correctores dentales de cerámica, que se consideran estéticos.
15. Reemplazo de aparatos por pérdida o robo, o su reparación si el ortodoncista no es responsable de su rotura.
16. Reembolso de cualquier servicio después de los 24 meses de tratamiento por el que no se ha presentado una reclamación.
17. En caso de que un miembro pierda la cobertura por alguna razón, si en el momento de la pérdida de cobertura el miembro todavía recibe tratamiento de ortodoncia dentro del período de tratamiento de 24 meses, el miembro, en lugar del administrador del plan dental, será responsable de pagar el resto del costo de facturación del ortodoncista participante por ese tratamiento; esa cantidad restante se calculará de manera proporcional a la cantidad de meses restantes.

18. Si el miembro elige usar el sistema Invisalign, deberá pagar los costos adicionales que superen lo que Blue Shield pagará por el tratamiento de ortodoncia "estándar" (es decir, correctores y bandas).

Limitaciones específicas:

1. La referencia a un dentista de atención especializada se limita a la ortodoncia, a la cirugía bucodental, a la periodoncia, a la endodoncia y a la pediatría.
2. La referencia a un dentista de atención especializada está cubierta hasta los seis (6) años y queda sujeta a la necesidad dental. Sin embargo, se pueden considerar excepciones individuales con aprobación previa en el caso de discapacidades físicas o mentales, o en el caso de los niños mayores de seis (6) años que estén comprometidos desde el punto de vista médico cuando un médico así lo confirme.
3. El pago del tratamiento de ortodoncia se hace en cuotas. Si, por alguna razón, se terminan los servicios de ortodoncia o se termina la cobertura antes de completar el tratamiento de ortodoncia aprobado, la responsabilidad del administrador del plan dental contratado dejará de tener efecto y los pagos se harán hasta el mes de terminación.
4. En caso de una emergencia dental que implique dolor o una enfermedad que requiera tratamiento inmediato y tenga lugar a más de 50 millas (80 kilómetros) del hogar del miembro, el plan cubre los procedimientos dentales terapéuticos y de diagnóstico necesarios administrados por un dentista fuera de la red hasta la diferencia entre el cargo del dentista fuera de la red y el copago del miembro, hasta un máximo de \$50 por cada visita de emergencia.

Exclusiones y limitaciones específicas de los planes dentales PPO

Además de las limitaciones y exclusiones generales enumeradas previamente en esta sección, se aplican las siguientes exclusiones y limitaciones:

1. Cualquier restauración de incrustaciones.
2. Coronas o recubrimientos colocados como pilares múltiples.
3. Aparatos protésicos relacionados con la periodoncia.
4. Cargos por no haber ido a una cita.
5. Materiales aloplásticos para injertos óseos.
6. Injertos óseos para la preservación de los alvéolos después de una extracción dental o durante la preparación de implantes (a menos que su plan brinde beneficios de implantes especiales. Consulte el Resumen de beneficios para determinar si tiene beneficios para implantes).
7. Cargos por servicios relacionados con la ortodoncia cuando los brinda un proveedor no participante.
8. Tratamiento de una oclusión dental defectuosa que no cause dificultades para masticar, hablar o el funcionamiento dental general.
9. Tratamiento en progreso (después de la colocación de las bandas) al comienzo de la elegibilidad.
10. Servicios de ortodoncia quirúrgicos (incluye la extracción de dientes) relacionados con el tratamiento de ortodoncia.
11. Tratamiento por trastorno o disfunción de la articulación temporomandibular.
12. Aparatos de ortodoncia especiales, incluidos, entre otros, correctores dentales linguales o invisibles, correctores dentales de zafiro o transparentes, o correctores dentales de cerámica, que se consideran estéticos.
13. Reemplazo de aparatos por pérdida o robo, o su reparación si el ortodoncista no es responsable de su rotura.
14. Tratamiento que supere los 24 meses, excepto para el tratamiento previo aprobado por Blue Shield como una necesidad dental.
15. En caso de que un miembro pierda la cobertura por alguna razón, si en el momento de la pérdida de cobertura el miembro todavía recibe tratamiento de ortodoncia dentro del período de tratamiento de 24 meses, el miembro, en lugar del administrador del plan dental, será responsable del pago del resto del costo de ese tratamiento, al costo de facturación del ortodoncista participante, proporcional a la cantidad de meses restantes.
16. Si el asegurado es reincorporado después de la cancelación, no habrá beneficios de ortodoncia para los tratamientos que empiecen antes de la fecha de comienzo de su reincorporación.
17. Hay un período de espera de 12 meses antes de iniciar el tratamiento de ortodoncia.
18. Si el miembro elige usar el sistema Invisalign, deberá pagar los costos adicionales que superen lo que Blue Shield pagará por el tratamiento de ortodoncia "estándar" (es decir, correctores y bandas).
19. Los beneficios por la colocación inicial no superarán el 20% de la cantidad de beneficios máximos vitalicios por ortodoncia. Las visitas de seguimiento periódicas se pagarán mensualmente durante el transcurso organizado del tratamiento de ortodoncia. Los gastos permitidos para la colocación inicial, las visitas de seguimiento periódicas y los procedimientos efectuados que están relacionados con el tratamiento de ortodoncia están sujetos al nivel de coseguro de ortodoncia y a la cantidad de beneficios máximos vitalicios.
20. Los beneficios de ortodoncia terminan en el momento de la cancelación de la cobertura.

Exclusiones específicas del plan dental Specialty Duo*

1. Cualquier restauración de incrustaciones.
2. Materiales aloplásticos para injertos óseos.
3. Injertos óseos hechos para la preservación de los alvéolos dentarios después de la extracción de dientes o en preparación para implantes.

Planes de la vista de Blue Shield

Información de los planes de la vista

Todos los planes de la vista, incluido el plan de la vista Specialty Duo*

Los beneficios de los planes Ultimate Vision 15/25/150* y Specialty Duo Vision* son independientes de los beneficios médicos de los planes de salud de Blue Shield:

- Los beneficios de los planes de la vista Ultimate Vision y Specialty Duo no están sujetos al requisito de deducible o del deducible médico y de farmacias integrado del plan de salud, y no se acumulan para el gasto máximo de bolsillo por año civil del plan de salud.
- Todos los planes de la vista estarán a cargo del VPA.
- Si usted o Blue Shield cancelan su cobertura de la vista por alguna razón, usted puede pedir la rehabilitación.

Puede obtener servicios de una lista de proveedores participantes llamando al Servicio para Clientes al (877) 601-9083 o a través de nuestro sitio web, **blueshieldca.com**. Los proveedores participantes reciben el pago directamente del plan.

También puede obtener servicios de proveedores no participantes. Si usa un proveedor no participante, se le exigirá que pague la factura del proveedor en el momento en que se brinde el servicio. Para pedir un reembolso, inicie sesión en **blueshieldca.com**.

Un proveedor participante enviará una reclamación al VPA por los servicios cubiertos a través de Internet o mediante un formulario de reclamación. Los proveedores participantes aceptarán el pago de Blue Shield of California por los servicios cubiertos como pago total, excepto en los casos indicados en el Resumen de beneficios. Cuando un proveedor no participante brinda servicios cubiertos, usted o el proveedor no participante deben enviar un formulario de informe de los servicios para la vista (formulario de reclamación C-4669-61), que se puede obtener en nuestro sitio web, **blueshieldca.com**. Este formulario debe completarse en su totalidad y enviarse con todos los recibos

relacionados a la siguiente dirección:

Blue Shield of California

P.O. Box 25208

Santa Ana, CA

92799-5208

Los servicios cubiertos que brinda un proveedor no participante se reembolsan hasta la cantidad permitida indicada en el Resumen de beneficios. Blue Shield of California le enviará los pagos directamente a usted. Usted es responsable de la diferencia entre los cargos del proveedor no participante y la cantidad permitida conforme al Resumen de beneficios, así como de cualquier copago correspondiente y/o cargos por armazones o lentes superiores a la cantidad permitida.

Para conocer más sobre sus beneficios, consulte la información de los beneficios o llame al Servicio para Clientes de Blue Shield of California al **(877) 601-9083**.

Los proveedores del plan de la vista no reciben incentivos económicos ni bonificaciones de Blue Shield.

Exclusiones y limitaciones generales de todos los planes de la vista de Blue Shield, incluido el plan de la vista Specialty Duo

1. Ortóptica o entrenamiento visual, dispositivos para la visión subnormal o lentes de venta sin receta para anteojos cuando no se indican cambios en la receta.
2. Reemplazo o reparación de lentes o armazones por pérdida o rotura, excepto en los casos dispuestos en la Póliza.
3. Cualquier examen de la vista exigido por un empleador como condición de empleo.
4. Tratamientos médicos o quirúrgicos de los ojos.
5. Lentes de contacto, excepto lo específicamente dispuesto.
6. Servicios relacionados con cualquier lesión o enfermedad que ocurra durante un empleo, o como consecuencia de este, por el que se percibe un salario, sueldo o ganancia, en

caso de que esa lesión o enfermedad se encuentre cubierta por alguna ley de compensación por accidentes de trabajo, ley sobre enfermedades del trabajo u otra legislación semejante. Sin embargo, si Blue Shield paga estos servicios, podrá establecer un derecho de retención sobre otros beneficios hasta la cantidad que pagó Blue Shield por el tratamiento de esa lesión o enfermedad.

7. Servicios exigidos por cualquier programa o agencia del Gobierno, federal o estatal, o subdivisión relacionada.
8. Servicios y materiales por los que el miembro no tiene la obligación legal de pagar o servicios o materiales por los que no se cobra cargo alguno.
9. Servicios que no estén expresamente listados como beneficio.
10. El beneficio de examen completo no incluye las tarifas por evaluación y ajustes para lentes de contacto.

Proceso de reclamos

Blue Shield of California y Blue Shield of California Life & Health Insurance Company han establecido un procedimiento de reclamos para recibir los reclamos que los miembros presenten ante Blue Shield, solucionarlos y darles seguimiento. Si desea obtener más información sobre este proceso, consulte la sección Proceso de reclamos, en la EOC/Póliza del plan.

Revisión médica independiente externa

La ley estatal exige que Blue Shield informe a sus miembros sobre la disponibilidad de un proceso de revisión independiente externa cuando el reclamo de un miembro involucre una reclamación o servicios para los que Blue Shield o un proveedor contratante hayan negado la cobertura, ya sea total o parcialmente, al alegar que el servicio no era médicamente necesario o que tenía fines experimentales/de investigación. De acuerdo con la legislación de California, los miembros de un plan (dental o de la vista) de beneficios médicos o especializados de Blue Shield of California pueden pedirle al Department of Managed Health Care (Departamento de Atención de la Salud Administrada) que el asunto sea enviado a una

agencia independiente para su revisión externa. Los miembros de un plan de seguro médico o un plan de seguro especializado (dental, de la vista o Specialty Duo) de Blue Shield Life pueden pedir una revisión independiente externa por medio del Department of Insurance (Departamento de Seguros) de California. En su tarjeta de identificación de miembro, se encuentra la información para saber cuál es la compañía que asegura su cobertura.

Revisión del Departamento de Atención de la Salud Administrada

Esta información es importante para todos los planes asegurados por Blue Shield of California:

El Departamento de Atención de la Salud Administrada de California es el responsable de regular los planes de servicios de atención de la salud. Si usted tiene un reclamo contra su plan de salud, primero debe comunicarse con su plan de salud al número telefónico que está en su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield o al **(888) 256-3650** si adquirió su cobertura directamente de Blue Shield, o al **(855) 836-9705** si adquirió su cobertura de Covered California, y utilizar el proceso de reclamos de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento de reclamos no le prohíbe utilizar algún posible derecho o recurso legal que tenga a su disposición. Si necesita ayuda con un reclamo sobre una emergencia, un reclamo que su plan de salud no ha solucionado de manera satisfactoria o un reclamo que ha permanecido sin resolver durante más de 30 días, puede llamar al departamento para pedir ayuda. También es posible que sea elegible para pedir una revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si usted es elegible para una IMR, ese proceso brindará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos experimentales o de investigación, y las disputas sobre pagos por servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un número telefónico gratis, **(888) HMO-2219**, y una línea TTY, **(877) 688-9891**, para personas con problemas auditivos y del habla. En el sitio web del departamento,

www.hmohelp.ca.gov, hay formularios de queja, formularios de pedido de IMR e instrucciones en línea.

Revisión del Departamento de Seguros

Esta información es importante para todos los planes asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company:

El Departamento de Seguros de California es responsable de la regulación de los seguros de salud. La Consumer Communications Bureau (Agencia de Comunicaciones del Consumidor) del departamento tiene un número telefónico gratis, (800) 927-HELP (4357), o una línea TTY, (800) 482-4833, que se utiliza para recibir quejas relacionadas con el seguro de salud, ya sea del asegurado o de su proveedor. Si usted tiene alguna queja contra su aseguradora, primero debe comunicarse con ella y utilizar el proceso de presentación de reclamos que ofrece. Si necesita la ayuda del departamento con respecto a una queja o a un reclamo que la aseguradora no haya resuelto de manera satisfactoria, puede llamar gratis al número de teléfono del departamento, de lunes a viernes (excepto los días feriados), de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. También puede presentar una queja por escrito y enviarla a California Department of Insurance, Consumer Communications Bureau, 300 S. Spring Street, South Tower, Los Angeles, California 90013; o bien, puede entrar a www.insurance.ca.gov.

Blue Shield protege la privacidad de la información personal que lo identifica individualmente, incluida la información protegida sobre su salud. La información personal que lo identifica individualmente incluye datos de la salud, económicos y/o demográficos, como el nombre, la dirección y el número de Seguro Social. Blue Shield no divulgará esta información sin su autorización, a menos que lo apruebe o lo exija la ley.

LA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE LAS POLÍTICAS Y LOS PROCEDIMIENTOS DE BLUE SHIELD PARA MANTENER LA CONFIDENCIALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS SE ENCUENTRA DISPONIBLE Y SE ENTREGARÁ A PEDIDO DEL INTERESADO.

El "Aviso de prácticas de privacidad" de Blue Shield se puede obtener llamando al Servicio para Clientes al número que está en la parte de atrás de la EOC/Póliza, o entrando al sitio web de Blue Shield, blueshieldca.com, e imprimiendo una copia.

Los miembros a los que les preocupe que Blue Shield pueda haber infringido sus derechos de privacidad o que no estén de acuerdo con una decisión que Blue Shield tomó sobre el acceso a la información personal que los identifica individualmente pueden comunicarse con Blue Shield por correo postal a la siguiente dirección.

Dirección postal:

Blue Shield of California Privacy Office
P.O. Box 272540
Chico, CA 95927-2540

A16359-SP 01/18

Confidencialidad y privacidad

Aviso sobre la política de privacidad

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

(Blue Shield Life) P.O. Box 7725, San Francisco, CA 94120

Blue Shield Life sabe que su privacidad es importante para usted. Lo valoramos como titular de la póliza y le brindamos este aviso para explicarle cómo protegemos su privacidad. Necesitamos reunir información personal suya y de otras personas para poder brindarle el mejor servicio posible. Debemos usar su información y compartirla con otros. Este aviso es para explicarle nuestras políticas para reunir, usar y compartir su información. También se le informará sobre nuestras políticas para proteger su información. Aplicamos las mismas políticas a la información sobre nuestros ex titulares de la póliza.

Estándares de privacidad

Blue Shield Life:

- no vende su información personal;
- no deja que terceros usen la información que reciben de nosotros para fines comerciales;
- tiene una política de divulgación "solo en caso de necesidad". Solo pueden obtener acceso a su información los miembros de nuestro personal y los proveedores que necesitan saber su información personal para brindarle nuestros productos y servicios.

Protecciones de privacidad

Para proteger su información personal, usamos protecciones que cumplen con las leyes federales y estatales. Las protecciones que usamos incluyen:

- protecciones administrativas;
- protecciones físicas;
- protecciones técnicas.

Revisamos esas protecciones regularmente para asegurarnos de que son efectivas y están actualizadas.

Información personal que reunimos

Reunimos la información que necesitamos para:

- brindarle nuestros productos y servicios;
- recomendarle otros productos y servicios que estén disponibles;
- brindarle un servicio para clientes.

Reunimos su información personal de varias maneras.

Por ejemplo, podemos obtener:

- su nombre, dirección, fecha de nacimiento, otros datos demográficos y la historia médica en la solicitud, la inscripción y otros formularios;
- información sobre sus problemas médicos en las reclamaciones o los formularios de prueba de la pérdida, y de sus proveedores de atención de la salud;
- información económica sobre usted, como la historia del pago de primas y las cantidades de bolsillo que ha pagado (como su deducible), de sus transacciones con nosotros;
- información sobre su historia médica, económica y de crédito, de agencias de informes para el consumidor y organizaciones de servicio de seguros.

Cómo usamos su información

Usamos su información personal solo para fines relacionados con nuestros productos y servicios. Usamos su información para asegurar y clasificar su póliza, procesar las reclamaciones, asegurar la facturación adecuada, administrar los beneficios, ofrecerle otros productos del seguro y hacer otras cosas relacionadas con los seguros.

Por qué y con quién compartimos su información personal

Blue Shield Life no comparte su información personal con nadie, salvo que la ley federal y estatal lo apruebe.

Podemos compartir la información personal que reunimos si se necesita para brindarle nuestros productos y servicios. Por ejemplo, podemos compartir su información con:

- un proveedor para que nos ayude a brindarle nuestros productos y servicios, pero el proveedor debe acordar por escrito el uso de protecciones adecuadas;
- sus proveedores de atención de la salud para que sepan que usted tiene cobertura y puedan recibir pagos por las reclamaciones;
- auditores que revisen el trabajo de nuestros proveedores y otros que nos brinden servicios a nosotros (o a usted);
- empleadores u otros grupos (cuando ellos pagan por los productos y servicios que usted recibe de nosotros) para auditar nuestros servicios y operaciones;
- actuarios de seguros o investigadores para hacer estudios, pero solo si la información personal no se comparte con terceros;
- reguladores estatales o federales, agencias de orden público u otras autoridades del Gobierno, según la ley.

También podemos compartir información con otros, según sea necesario, para detectar o prevenir fraude, falsedades importantes y otras actividades que puedan ser criminales o abusivas.

Su derecho a obtener acceso a su información personal y a cambiarla

Usted tiene derecho a revisar la información que reunimos sobre usted. También puede obtener una copia de su información. (Quizá le cobremos una tarifa razonable por las copias que hagamos).

Debemos brindarle una lista de ciertas divulgaciones de su información que les hicimos a otras personas.

Puede pedir que corrijamos, cambiemos o borremos información que tengamos de usted. Si no aceptamos su pedido, puede declarar que no está de acuerdo con nosotros. Les pasaremos el cambio (o su declaración) a las personas que elija, si es que recibieron la información recientemente. También les pasaremos el cambio (o su declaración) a todas las personas con quienes compartamos la información afectada en el futuro.

Para ejercer estos derechos, comuníquese con la Oficina de Privacidad de Blue Shield Life a la siguiente dirección:

Privacy Office
P.O. Box 272540
Chico, CA 95927

O bien, llame al
(888) 266-8080

Agencias de detección de fraudes e informes del consumidor

Terceros pueden brindarnos informes de consumidores e información de detección de fraudes. No compartimos esta información con las compañías que no están afiliadas, pero los terceros que nos brindan estos informes pueden guardarlos y compartirlos con otros.

blue  of california

50 Beale Street, San Francisco, CA 94105
phone (415) 229-5000

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association A16359-SP (1/18)

